

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées. |
| <input type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure. | | |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | |

LA
REVUE MEDICALE
DU CANADA

141
147

LA REVUE MÉDICALE DU CANADA

Année 1901-02

REDACTEUR en CHEF: **M. T. BRENNAN**, Professeur de gynécologie à l'université Laval et Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame à Montréal.
Ass. rédacteurs: **Wm. J. DEROME** Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame à Montréal.
HUGH LENNON Sec. de la rédaction: **Z. RHEAUME**

COMITE DE REDACTION.

MM. M. J. AHERN Professeur à l'université Laval et de Clinique externe à l'Hotel-Dieu à Québec;
E. P. CHASSON Professeur agrégé à l'Université Laval; médecin de l'hôpital Notre-Dame Montréal;
R. CHEVRIER Ottawa; **H. DELORME**, professeur adjoint à l'université Laval à Montréal;
ERNEST DUVAL Rochester, N.Y.; **J. D. GAUTHIER**, Médecin de l'hôpital Notre-Dame à Montréal; **J. C. S. GAUTHIER**, Professeur adjoint à l'université Laval (St-Sulpice d'Upton); **J. E. LABERGE**, Surintendant médical de l'hôpital civique de Montréal;
Frs. J. L. LAURENCE, Trois-Rivières; **HENRI LASNIER**, Montréal; **A. LAURENDEAU** St-Gabriel de Brandon;
DAMIEN MASSON, Médecin de l'Institut Ophtalmique, Docteur en Médecine de l'Université de Paris.
L. P. NORMAND, Trois-Rivières; **EUG. PAQUET**, St-Aubert (L'Islet); **A. ROUSSEAU**, Professeur agrégé à l'université Laval et chargé d'un cours de clinique à l'Hotel-Dieu de Québec;
L. J. O. SIROIS, St-Ferdinand d'Halifax; **A. VALLEE**, Professeur à l'université Laval à Québec et Correspondant pharmaceutique; Surintendant médical de l'asile des Aliénés de Beauport.
J. E. W. LECOURS, professeur de matière médicale au Collège de Pharmacie de Montréal.
Administrateur: **P. P. BOULANGER.**

VOLUME CINQUIEME

MONTREAL
IMPRIMERIE DE LA REVUE MÉDICALE DU CANADA
249 — rue St-Laurent — 249

1902

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES DIVISIONS DE LA VOUTE PALATINE.*

par M. le Dr TRUMAN W. BROPHY (Chicago).

Doyen du Collège dentaire de Chicago ; Chirurgien dentiste au Presbyterian Hospital et professeur de Pathologie dentaire au Rush Medical College.

Conférence donnée à la Société Dentaire de Toronto.

Monsieur le Président, Messieurs,

La correction des déformations du palais ou des divisions congénitales, avec bec de lièvre, a toujours depuis longtemps, été l'objet de la sollicitude des chirurgiens. C'est Le Monnier, en 1764, un dentiste français, qui le premier suggéra la propriété et la possibilité de faire le rapprochement des bords des fissures du palais et de tenter leur réunion. La première tentative plastique, si l'on s'en rapporte à l'histoire de la chirurgie, a été faite par Roux en 1819. Il fut suivi par Warren, de Boston, et Ferguson, d'Angleterre, et plus tard il trouva des imitateurs dans les divers pays du monde. Le premier chirurgien et ceux d'aujourd'hui reconnaissent une même difficulté, celle du rapprochement des bords de la fissure ; et ceci une fois terminé les points peuvent manquer et l'opération aussi. C'est pour remédier à cette tension

que le professeur Agnew a fait la section des muscles palatins ; mais en agissant ainsi il détruisait les fonctions du palais — plus de rétraction ni de contraction du palais —. De plus cette section des muscles produisait un

bourrelet cicatriciel à l'intérieur du palais qui nuit beaucoup à ses fonctions.

Bien plus la division de ce muscle qui préside non seulement au bon fonctionnement du palais, mais aussi à l'ouverture de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, amène un certain degré de surdité, bien connu de tous ceux qui s'occupent de chirurgie palatine.

Le Dr Brophy s'attache ensuite à démontrer par des projections lumineuses, comment éviter ces incisions latérales, et comment opérer les malformations palatines par une autre méthode qui n'a pas les inconvénients cités.

PROJECTIONS LUMINEUSES.

Fig. 1. La première projection est celle de la forme ordinaire des divisions palatines — une malformation congénitale chez un adulte.

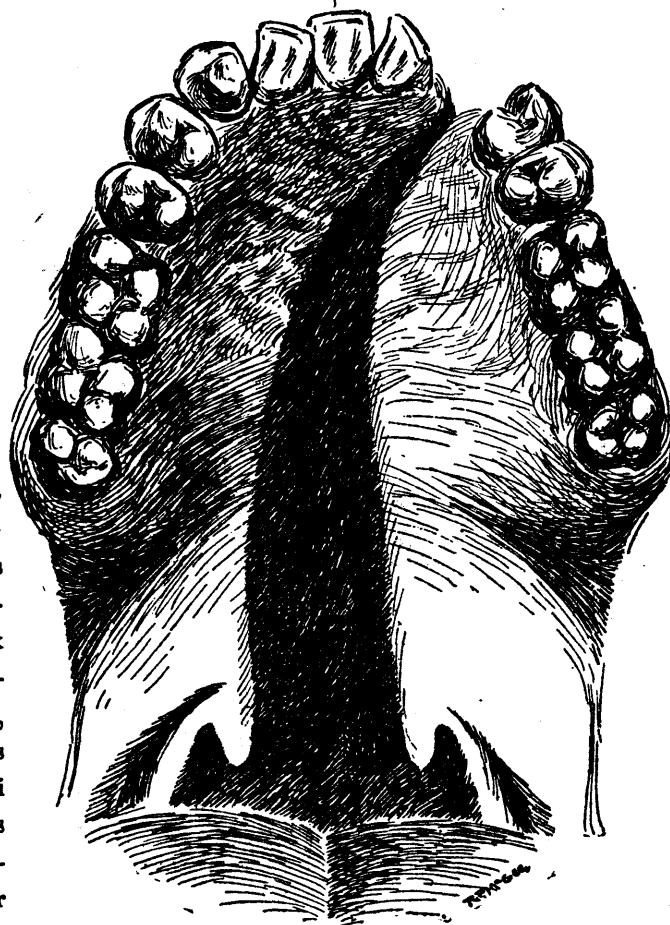


Fig 1.

Cette vignette n'offre rien de particulier, si ce n'est une disposition déficiente des dents, et l'absence de l'incision latérale, avec bec de lièvre concomitant. Dans le bec de lièvre bilatéral, c'est une grave erreur trop souvent commise, d'enlever la partie intermédiaire du maxillaire ; on peut toujours replacer cette portion osseuse à sa place et lui faire remplir les fonctions auxquelles elle était appelée à présider. La résection de cette partie entraîne un enfoncement très appréciable de la lèvre, surtout bien marquée de profil.

Fig.2. La seconde vignette représente l'instrument

dont le Dr Brophy se sert pour décoller le périoste, au cours de son opération. Il ne faut pas diviser les os, il suffit de les dénuder de leur périoste ; il faut les raser et affectuer ainsi un débridement suffisant de la muqueuse et du périoste pour en permettre un affrontement facile. L'auteur compare le procédé de mobilisation des lambeaux à un pont mobile sur le chemin de fer élevé de Chicago

* Notes spécialement recueillies pour le *Dominion Medical Monthly* par M. le Dr George Elliot et gracieusement fournies à *La Revue Médicale*.

Fig.3. La troisième projection met en évidence la technique opératoire à suivre pour un adulte, ou pour des patients de plus de cinq mois. Le Dr Brophy fait trois opérations pour la fermeture des divisions palatines. La projection représente l'hé-

aucune partie des tissus. L'incision faite, on peut aussitôt suturer le palais mou qui se réunit presque toujours par première intention.

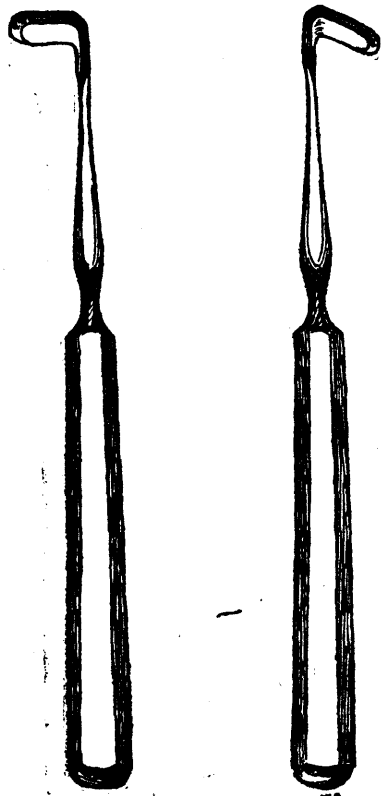


Fig. 2.

misphère gauche de la face. La section longitudinale des os est bien visible, ainsi que le lambeau muco-périoste qui devra permettre l'abaissement du voile du palais et l'affrontement des bords avivés. C'est ici que l'auteur attire l'attention sur le moyen de faire l'affrontement sans recourir aux incisions latérales. Pour cela il faut détacher le périoste nasal à coups de ciseaux, du bord postérieur de la partie horizontale du palais. Ce détail qui a toujours été négligé, permet un affrontement facile, et fait éviter le tissu cicatriciel, qui nuit énormément à la reconstitution du palais et à l'intégrité de ses fonctions. C'est cette erreur technique qui a donné tant de crédit à la prothèse. Lorsque l'avivement et le décollement des bords de la fissure est complète, dans la portion dure du palais, il faut s'occuper du palais mou, et se contenter d'une incision longitudinale sans enlever

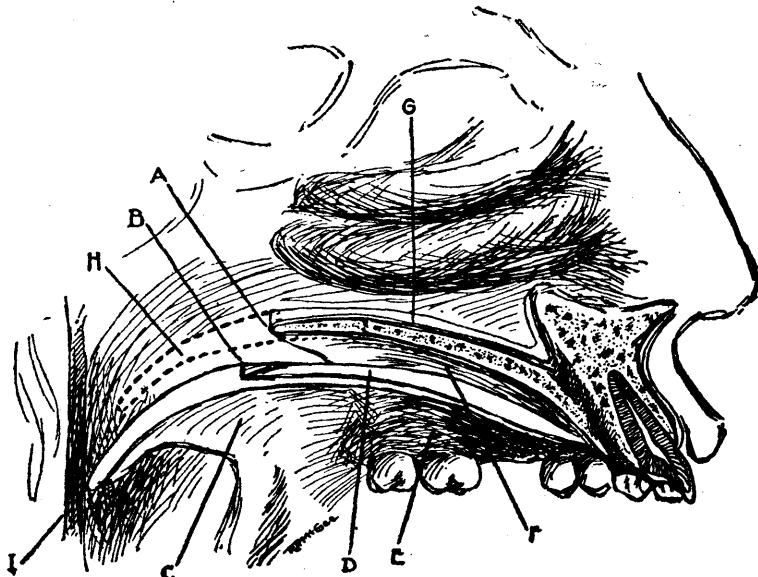


Fig. 3.

A. Bord postérieur de la portion horizontale de l'os palatin gauche. B. Voile détachée du muco-périoste de la surface nasale du palatin. C. Voile séparée du palais dur, et le palais allongé de manière à retrouver toutes ses fonctions. D. Périoste détaché du palais dur. E. Muqueuse palatine. F. Os dénudés de leurs membranes. G. Muco-périoste nasal, H, Position du palais avant l'opération, I, Paroi postérieure du pharynx,

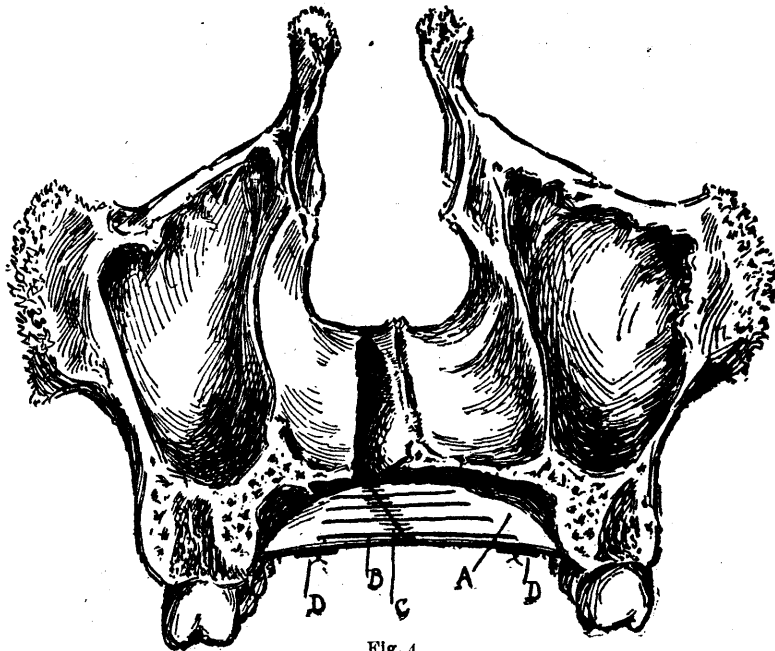


Fig. 4

A, Muqueuse et périoste détachés de la surface palatine des maxillaires supérieurs, B, Sutures de tension au fil d'argent, C, Suture d'affrontement, D, D, Plaques de plomb,

Fig. 4. La quatrième projection nous montre les sutures vues par la partie postérieure du palais. Le périoste recouvert de la muqueuse palatine a été détaché de chaque côté pour faciliter l'affrontement. Des sutures en fil d'argent, n° 22 de la filière américaine, assurent l'affron-

tement, en exerçant la tension voulue, tandis que les sutures de coaptation ne font qu'assurer l'affrontement des parties avivées, sans exercer aucune tension. Les sutures de tension ou d'extension traversent les tissus et sont enroulées sur des plaques en plomb d'un épaisseur égale au diamètre du fil — n° 22 — qui servent pour ainsi dire d'atelles. Ceci est conforme à un vieux principe de chirurgie : si une partie quelconque du corps n'est pas dans une condition normale, il faut la mettre au repos. En plus du repos, ces plaques de plomb empêchent les fils de couper les tissus.

en place, traversées par les fils d'argent, et la manière de les enrouler.

Fig. 7. Les sutures d'affrontement ou de coaptation sont ici bien visibles. Il faut faire ces sutures avant d'adapter les plaques de plomb, parcequ'elles gêneraient beaucoup. Les sutures faites et les plaques en place, il faut faire l'extension des tissus et enfin l'affrontement.

Fig. 8. La figure huit représente les aiguilles dont se sert le Dr Brophy. Il n'est pas facile de traverser de part en part une aiguille chargée d'un fil d'argent. On peut faciliter le passage des fils d'argent, en faisant une

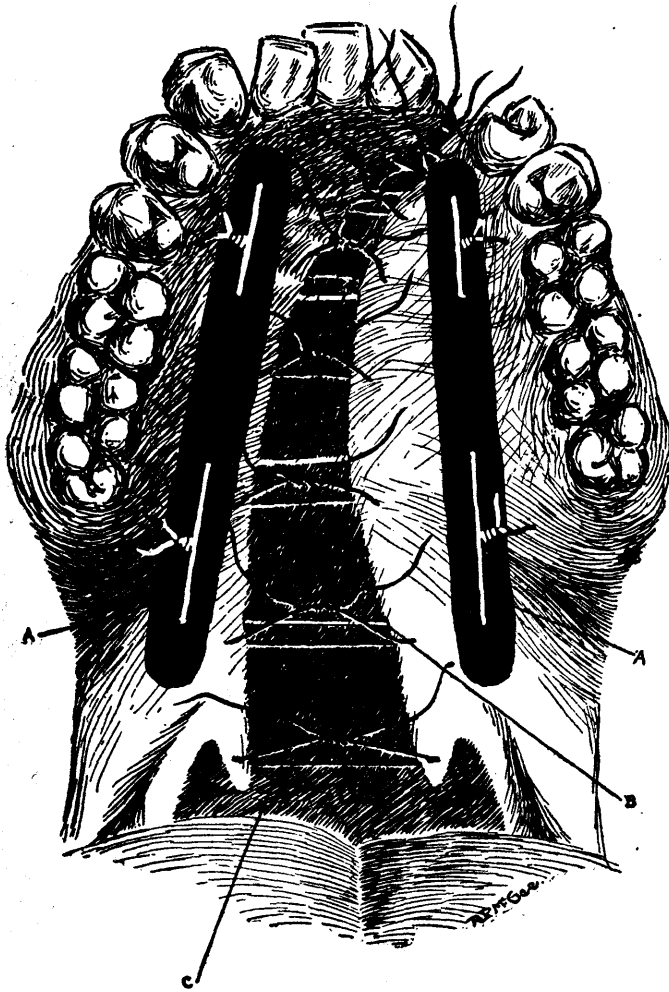


Fig. 6 et 7.

A, A, plaques de plomb, B, Sutures de tension au fil d'argent, C, Sutures d'affrontement, encore lâches,

Fig. 5. La cinquième projection est celle d'une photographie d'une division palatine congénitale prise dans le traité de Kingsley, de New-York, et fermée au moyen d'un obturateur. L'opération permet de se passer de ces pièces prothétiques, ce qui n'est pas peu dire pour le bien-être du patient.

Fig. 6. Cette vignette nous fait voir les plaques de plomb

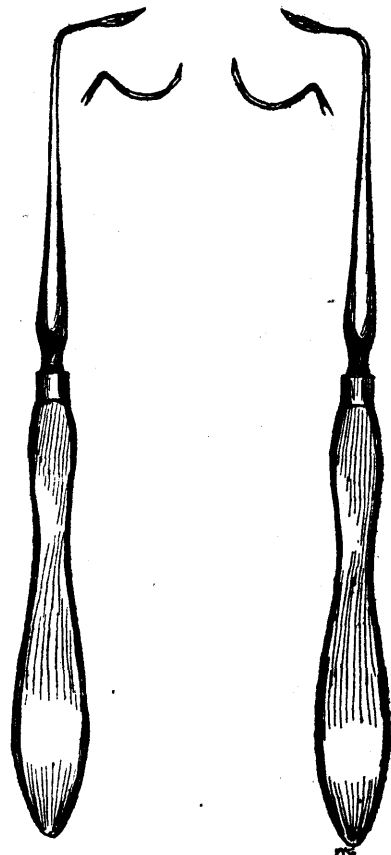


Fig. 8.

suture provisoire avec une soie double, dans laquelle on accroche le fil d'argent replié. Cette suture de soie une fois retirée laisse le fil d'argent en place.

(à suivre)



Revue des journaux

MEDECINE

Chlorose.

par M. HAYEM.

La malade que nous avons à examiner est une fille de dix-sept ans, employée de magasin. Nous savons que son père toussait et mourut vers l'âge de quarante-huit ans : il peut donc y avoir chez elle une tare hérédotuberculeuse. Elle eut ses règles à treize ans et demi ; elles furent régulières, quoique peu abondantes. C'est à peu près à cette époque qu'elle commença à éprouver des symptômes d'anémie. Elle a passé, il y a quelques mois, quinze jours à l'Hôpital des Enfants : C'est aujourd'hui la seconde fois qu'elle est obligée de suspendre ses occupations, qui sont assez pénibles, en ce sens qu'elles nécessitent la station debout prolongée.

Voici ce que l'on constate. D'abord, la malade présente cette coloration pâle, plus ou moins verdâtre de la peau, rappelant l'aspect de la cire vieille, qui caractérise l'anémie chronique. Elle éprouve des battements de cœur, disparaissant dans la position couchée. A l'auscultation, on perçoit un souffle légèrement musical au premier temps, dont le maximum siège à gauche du sternum vers le foyer de l'artère pulmonaire ; ce souffle, un peu diffus, se propage vers la pointe ; il n'est pas rare d'observer cette propagation des souffles anémiques. On trouve au niveau des jugulaires le bruit de rouet caractéristique, avec frémissement cataire. Le bruit est en général surtout appréciable à droite ; ici, il est plus marqué à gauche. La malade n'accuse pas de céphalalgie. Elle n'offre point d'œdème aux jambes.

En examinant le thorax, on observe quelques signes de rachitisme, et, à la base, on constate cette déformation spéciale résultant d'une compression sous-hépatique, constituant ce que Meinerth a appelé la maladie du corset. Généralement dans ces cas il y a de la dilatation gastrique. Ceci n'est pas rare, même chez les petites filles qui sont corsetées prématurément : on trouve chez elles parfois une dilatation énorme, l'estomac descendant jusqu'au pubis. D'ailleurs ces jeunes malades n'en souffrent point, ne perdent ni leur gaieté, ni leur entrain ; quelquefois elle maigrissent un peu, ont les yeux cernés, la figure fatiguée, le sommeil légèrement agité ; et c'est tout. Puis, vers l'âge de 18 à 22 ou 25 ans, la névropathie s'affirme sous la forme d'une neurasthénie récente en apparence, mais qui évoluait sournoisement à l'insu de tous depuis de longues années. Ou bien, si la constitution des malades est différente, cet état se traduit par la chlorose.

Notre malade présente en effet de la dilatation,

d'intensité moyenne, reconnaissable à la percussion et au clapotement. De plus, on constate une néphroptose du côté gauche ; ce cas est de beaucoup le plus rare, le déplacement du rein se produisant le plus souvent à droite ; mais il est assez souvent bilatéral, et comme, lorsqu'il est de faible étendue, on peut ne pas sentir le ballotement, le rein, sous l'influence de la position, réintégrant sa loge, il est à présumer qu'il s'agit ici de néphroptose double.

La malade a des troubles dyspeptiques, comme toujours en pareil cas : appétit capricieux, goût prononcé pour les condiments acides, le vinaigre, etc.

Il faut aussi examiner attentivement les poumons, car on peut et l'on doit se demander si c'est une chlorose simple ou si elle est liée à la tuberculose. Voici ce qu'on apprend l'examen.

La respiration est faible, un peu rude et prolongée au sommet droit, mais sans râles, sans retentissement exagéré de la voix, peut être avec une légère différence de tonalité. La percussion ne donne pas toujours des indications bien exactes dans la région sous-épineuse, parce qu'il arrive que la position de la malade, la façon dont elle redresse les bras et les épaules, peut modifier singulièrement les résultats obtenus. La malade est apyrétique ; elle n'a pas maigri, n'éprouve pas de transpirations nocturnes, ne présente aucun signe rationnel de tuberculose. Ce que nous venons d'observer relativement à l'appareil pulmonaire est la règle dans la chlorose simple.

Cette malade n'est pas, et, surtout, ne deviendra probablement pas tuberculeuse. En effet, il faut être prévenu de ce fait, à savoir que la constitution chlorotique, bien nettement caractérisée, est dans une large mesure réfractaire au bacille, et c'est à ce point de vue que cette malade m'a paru être un sujet d'étude pour vous, parce qu'elle représente un type aussi simple que possible de cette affection d'ailleurs commune, dans ce qu'elle offre d'intéressant au point de vue pronostique.

Le tableau clinique est tout autre lorsqu'il s'agit d'une forme hybride, d'une chloro-tuberculeuse. Alors on constate une évolution parallèle et similaire des deux processus morbides.

En pareil cas, lorsque l'anémie est aussi prononcée que chez notre malade, vous trouvez en même temps des lésions pulmonaires avancées, des signes de ramollissement tout au moins. Quant, au contraire, les signes anémiques étant prédominants, les modifications respiratoires sont douteuses et à peine accusées, vous pouvez mettre ces derniers sur le compte de l'état général, et écarter l'idée d'une tuberculisation pulmonaire actuelle ou prochaine. Il y a même dans ce fait une certaine sécurité pour l'avenir.

C'est là une vieille observation de Trousseau, qui est vérifiée par les faits de chaque jour ; si vous suivez pendant un nombre suffisant d'années ces malades, vous les verrez parfois être atteintes de tuberculoses locales, mais

jamais elles ne succomberont à la bacillose. Tout au contraire, les chloro-tuberculeuses ont des formes graves de bacillose auxquelles elles succombent assez rapidement.

Le lavage de l'estomac, une diète sévère, suivie d'un traitement reconstituant après l'amélioration obtenue, sont les moyens à employer dans le cas actuel.

(*Indep. méd.*)

Le traitement médical de l'appendicite.

M. le professeur Bourget (de Genève) a fait, dans une récente séance de la Société de thérapeutique, une importante communication où il expose la façon dont le médecin doit à son sens traiter l'appendicite. Les idées du professeur de Genève ne sont pas sans analogie avec celles que M. J. Lucas Championnière a émises à l'Académie de médecine il y a quelques mois.

Le traitement prophylactique, dit M. Bourget, a une grande importance, car l'appendicite ne survient pas sans avoir été précédée de troubles gastriques caractérisés par des alternatives de diarrhée et surtout de constipation. Ce traitement prophylactique comprend donc un régime mixte (peu de viande, légumes et fruits cuits, farineux, bouillies au lait, alcalins), mais il doit s'adresser surtout à la constipation.

Pour régulariser les fonctions de l'intestin on doit donc administrer des purgatifs salins, l'huile de ricin, les lavages intestinaux et recommander l'exercice, mettant en action les muscles de l'abdomen, tel le canotage.

Le traitement est donc basé sur la désinfection de l'estomac et du petit intestin, et sur le lavage du gros intestin.

"Sitôt une crise aiguë commencée, si légère soit-elle, dit M. Bourget, nous mettons le malade à la diète liquide, de préférence des potages à l'eau, avec de la farine d'avoine, du riz, des œufs, et si le malade n'a pas faim, il reçoit du thé léger avec très peu de lait. Journallement nous lui administrons 15 à 20 grammes d'huile de ricin, contenant en dissolution du salacétol (huile de ricin 20 grammes, salacétol 1 gramme), ou bien 5 à 10 capsules (à 2 grammes) et 1 à 2 grammes de salacétol en même temps. Si les troubles gastriques prédominent, nous faisons un lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée 1 p. 100."

M. Bourget complète cette antisepsie gastro-intestinale par le lavage du gros intestin qui à son avis est non seulement sans danger mais d'un bénéfice certain en lavant la cavité intestinale, la décongestionnant et entraînant rapidement et sûrement les éléments d'infection.

Mais il faut s'entendre sur le mot lavage.

"Par lavage intestinal, dit M. Bourget, nous n'entendons pas la pratique qui consiste à introduire en une fois plusieurs litres d'eau, sous pression; nous considérons cette méthode comme danger ou tout au moins

comme trop brutale. Il suffit, pour pratiquer ce lavage d'un litre d'eau introduit avec précaution, et de façon que ce liquide pénètre en partie dans le cæcum. Nous employons pour cela une sonde stomacale molle (enduite de vaseline), que nous introduisons peu à peu, tout en faisant arriver le liquide de lavage au moyen d'un instrument quelconque de propulsion (seringue, enéma, irrigateur, etc.)

Le liquide introduit aura une température de 38 degrés, et contiendra un antiseptique soluble et non toxique; nous employons dans ce but exclusivement l'ichthyol, qui a l'avantage de joindre à des propriétés antiseptiques, des vertus décongestionnantes très remarquables; nous l'employons en solutions aqueuses à 4 p. 1000."

En même temps que la solution, M. Bourget fait pénétrer une certaine quantité d'huile d'olive fine, contenant des principes aromatiques volatils tels que le menthol ou le thymol; ou encore le salicylate de méthyle à 1 p. 100, ou encore de l'huile essentielle de sauge (7 gouttes par 100 grammes).

Il se sert pour cela d'un petit ballon de verre à deux tubulures, d'une contenance variant de 100 à 250 grammes, et qu'on place entre l'extrémité libre de la sonde et le tube adducteur de l'irrigateur. En passant, l'eau entraîne une certaine quantité d'huile dans l'intestin. L'huile calme très rapidement les douleurs.

"Voici maintenant le dispositif de l'opération. Le malade est couché sur le côté droit, la tête non appuyée par des coussins; le pied du lit est relevé de 20 à 30 centimètres, de manière que la tête soit la partie la plus déclive du corps; une fois la sonde introduite de 5 à 10 centimètres, on fait passer doucement le liquide, qui se charge d'huile à son passage dans l'oléoklysm, puis on fait pénétrer doucement la sonde aussi longtemps que le liquide s'écoule facilement, s'il se produit un arrêt, on retire un peu la sonde, jusqu'à ce que l'écoulement se rétablisse. On enlève avec précaution la canule après avoir introduit un litre de liquide. Le malade reste sur le côté droit autant qu'il le peut, et si possible vingt à trente minutes.

On peut, pendant ce temps, faire des frictions de bas en haut sur le côlon descendant, pour aider au passage du liquide dans le côlon transverse et dans le cæcum. Puis le malade rend ce lavement, soit sur la chaise percée, soit dans un vase plat. On cherche pour les deux premières fois à lui faire rendre la totalité du liquide, puis une partie seulement pour les fois suivantes, maintenant ainsi une petite quantité d'huile et d'ichthyol dans le cæcum, comme une sorte de pansement. On répète l'opération matin et soir.

Dans l'intervalle des lavages, on place sur la région de la fosse iliaque droite des cataplasmes de farine de lin, ou bien cinq ou six sangsues, si la tuméfaction est forte et résistante.

Dès le deuxième ou troisième jour du traitement,

l'huile de ricin est remplacée par le purgatif salin suivant :

Bicarbonate de soude chimiquement pur.....	} à 3 grammes.
Phosphate de soude anhydre.....	
Sulfate de soude anhydre.....	
Eau.....	1 litre.

En prendre 150 grammes trois ou quatre fois par jour."

Les résultats seraient merveilleux. M. Bourget a vu disparaître les *coliques* dès le second lavage, céder la douleur à la pression. La température tombe rapidement.

La durée du traitement est de deux à dix jours, le plus souvent les lavages ne sont plus nécessaires après le cinquième ou le sixième jour, et on les remplace alors par les purgatifs légers comme plus haut.

Une fois l'accès aigu terminé, rien ne s'oppose à une intervention à froid. M. Bourget a vu des malades guérir radicalement par les lavages de l'intestin. En cas de rechute, on peut d'ailleurs reprendre le même traitement.

(Gaz. des hôp.)

Formulaire de la zomothérapie antituberculeuse.

D'après M. J. HÉRICOURT.

Dans un très intéressant mémoire relatant 35 observations de zomothérapie antituberculeuse, M. J. Héricourt donne des détails, utiles à connaître, sur la façon d'appliquer la méthode.

Préparation du suc musculaire :

Prendre de la viande de bœuf (tranche) très fraîche, hachée, dégraissée.

La faire macérer deux heures dans une quantité d'eau froide (préalablement stérilisée par l'ébullition ou la filtration) égale au cinquième de son poids.

Soumettre à la pression cette viande imbibée d'eau à l'aide d'une presse de ménage, par portions dont le volume sera en rapport avec les dimensions de la presse. Les efforts de pression devront être peu intenses et espacés de cinq en cinq minutes. Dans la presse, la viande devra être enveloppée d'un linge résistant. La presse devra être nettoyée à l'eau bouillante avant et après chaque opération.

Les doses de liquide à ingérer sont variables avec la période et la gravité de la maladie. On peut les fixer de la manière suivante, d'après le poids de la viande à presser.

	Il faut presser :
Pour une tuberculose latente ou du premier degré.....	de 500 à 1000 grs.
Pour une tuberculose pulmonaire du deuxième degré.....	de 1000 à 2000 grs.
Pour une tuberculose du troisième degré ou une granulie.....	de 2 à 3 kilogr.

En tenant compte de la quantité d'eau ajoutée à la viande, la totalité du liquide obtenu par pression doit être au moins de 400 grammes par kilogramme de viande. Avec une très forte presse, cette quantité peut atteindre 500 grammes.

Par conséquent il faut absorber : dans le cas d'une tuberculose latente ou du premier degré, de 200 à 400 grammes de liquide ; dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du deuxième degré, de 400 à 800 grammes ; et dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du troisième degré ou d'une granulie aiguë de forme typhoïde ou cérébro-spinale, de 800 à 1200 grammes de liquide.

Le suc musculaire ainsi obtenu est d'une grande fragilité et s'altère très facilement.

Il ne peut être transporté.

Il doit être pris aussitôt préparé.

Si sa quantité est trop abondante pour être prise en une fois, il faut faire deux opérations de pression dans les vingt-quatre heures.

Il doit être pris *nature*, ou avec addition d'une petite quantité de sel.

En cas de dégoût très accentué ou de susceptibilité stomacale très grande, on pourrait le sucrer avec du sirop d'écorces d'orange amère et même y ajouter de l'eau de Seltz.

Le meilleur moment pour l'administrer est une demi-heure avant le déjeuner. Dans ces conditions, le plus souvent l'appétit du malade n'est pas coupé. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait chercher, par tâtonnement, un autre moment propice.

M. Héricourt insiste sur ce fait que le suc musculaire bien préparé et consommé de suite ne produit jamais de troubles intestinaux.

Autant que possible, le malade remplacera toute la viande cuite de son alimentation par une égale quantité de viande crue, prise râpée, dans une petite quantité de bouillon froid, ou en boulettes salées ou sucrées, ou enrobées dans de la confiture, ou avec de la sauce mayonnaise, ou mélangée de jaunes d'œufs durs, avec câpres et vinaigre, etc.

Mais si le malade, ne pouvait supporter la viande crue, il serait tout de même préférable de supprimer les viandes noires cuites de son alimentation.

Le resté de l'alimentation sera normal, ne pas trop insister sur les œuf-, donner du riz, des pois, lentilles, boulettes préparées avec de la farine, des huîtres, coquillages, poissons fumés.

En cas de fièvre, le jus de viande, la viande crue, le riz au lait formeront la base de l'alimentation réduite.

Si le malade n'est pas arthritique, n'est pas prédisposé aux poussées congestives et hémorrhagiques, s'il a conservé un bon appétit, on peut remplacer le suc par la viande crue en grande quantité.

Mais il faut alors que le malade prenne au moins, par jour :

Pour une tuberculose au premier degré, de 300 à

400 grammes de viande crue.

Pour une tuberculose au deuxième degré, de 500 à 800 grammes de viande crue.

Chaque prise de viande crue pourra être suivie de l'absorption d'une petite quantité (un demi verre à matière) de quelque vin généreux, bordeaux ou muscat.

M. Héricourt fait remarquer avec juste raison que la crainte du *ténia* ne doit pas détourner les malades du traitement par la viande crue, l'inconvénient, ne pouvait être comparé aux avantages. D'ailleurs, la viande de mouton ne présente pas cet inconvénient, et bien que M. Héricourt ne l'ait pas vérifié, il est probable que son action est la même que celle de la viande de bœuf.

Pendant le traitement zomothérapique il faut supprimer toute médication, sauf l'huile de foie de morue, et placer le malade dans de bonnes conditions de repos et d'hygiène.

La durée du traitement est indéterminée, mais il est bon, dit M. Héricourt, de le continuer pendant six mois après la disparition des symptômes alarmants et d'y revenir pendant quelques semaines à la moindre alerte.

(Gaz. des hôp.)

Traitement de la chorée gravidique

PROFESSEUR OUI

Le calme physique et morale, voilà le premier terme du traitement.

La malade sera donc mis au repos, dans une chambre bien aérée et soustraite avec soin à toutes les causes capables de provoquer les émotions vives. Si les mouvements sont très violents il sera même indiqué de prescrire l'alitement.

Pour compléter l'action du repos, il faut avoir recours aux médicaments calmants ou aux hypnotiques.

Celui qui a été le plus employé, c'est le bromure de potassium. Il réussit entre les mains de Jaccoud, de Tarnier, de Vinay, qui en conseille l'emploi à la dose de 2 à 3 grammes par jour particulièrement dans les formes liées à l'hystérie. Il a complètement échoué dans les mains d'autres auteurs, même employé à des doses considérables.

L'oxyde de zinc et l'extrait de valériane ont été employés avec des résultats très irréguliers et moins satisfaisants que le bromure de potassium.

L'hyociamine a été employée avec succès par Oulmont qui lui a dû trois améliorations. L'emploi de cet alcaloïde dangereux ne s'est d'ailleurs pas généralisé.

Il est un autre médicament que Vinay conseille de donner à la dose de 2 à 3 gr. par 24 heures, c'est l'antipyrine. Lorsqu'on réfléchit à l'action souvent funeste exercée par l'antipyrine sur le rein et à l'importance de l'intégrité de cet organe, surtout chez les femmes encein-

tes, il est impossible de souscrire à cette médication. L'antipyrine nous paraît formellement contre indiquée.

Il n'en est pas de même du chloral employé seul (Pinard, Russell), ou associé au bromure de potassium (Schuhl). Administré seul, il a donné des résultats excellents qui peuvent faire négliger son association avec le bromure. Le professeur Pinard a insisté sur son emploi à hautes doses, jusqu'à 6, 8 et 10 gr. par jour, et son élève Riche (Th. de Paris, 1891) a ainsi formulé les principes du traitement par le chloral :

"Ce médicament doit être administré de telle sorte que la malade soit plongée dans un sommeil continu ; on ne la réveillera qu'au moment des repas. Le traitement sera continué dans toute sa rigueur jusqu'à ce que l'on constate une amélioration notable. Alors on pourra diminuer les doses ; mais le médicament ne sera supprimé que lorsque la chorée aura disparu complètement."

C'est en suivant cette ligne de conduite que la guérison a été obtenue à la maternité de Lariboisière chez une femme atteinte de chorée de Sydenham diagnostiquée par M. Joffroy et entrée dans le service de M. Pinard au septième mois de sa grossesse.

Même succès pour plusieurs malades traitées dans le service de la clinique Baudelocque (Th. de Gantin).

Enfin, le chloral nous a donné un résultat excellent dans un cas qui se présentait de façon toute particulièrement grave ; amaigrissement extrême, troubles cérébraux, etc. La dose quotidienne de 4 grammes a suffi pour amener en cinq jours une amélioration très notable et en vingt-deux jours une guérison complète. Ce fait est d'autant plus remarquable que, au début de la maladie, les accidents avaient une telle intensité que la question d'avortement provoqué avait dû être posée.

Devant de telles résultats, et sans rejeter les autres médicaments les bains, les enveloppements dans le drap mouillé et autres pratiques hydrothérapiques, nous croyons devoir donner la préférence à la médication chloratée.

Nous croyons bon d'y joindre de régime lacté, qui permettra de lutter contre l'auto-intoxication gravidique et viendra ajouter utilement son action à celle du chloral. C'est le régime que nous avons institué chez notre malade en y ajoutant toutefois des œufs, car elle ne pouvait, au début, absorber une quantité de lait suffisante pour se nourrir.

Dans quelques cas particulièrement graves, et craignant une terminaison fatale, certains accoucheurs ont provoqué l'accouchement prématuré ou l'avortement. C'est là une décision extrêmement grave, et si, dans quelques cas, la guérison a été obtenue, dans d'autres, la mort a suivi l'intervention. Aussi pensons-nous que l'intervention obstétricale ne doit se produire qu'après l'échec bien constaté du traitement médical rigoureusement appliqué, et lorsque la gravité de la maladie ne laisse pas d'autre espoir de salut.

(J. de méd. de Paris.)

CHIRURGIE

Sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

par A. CHIPAULT.

Conclusions. — Telles sont les quelques points de l'étude chirurgicale de la névralgie faciale sur lesquels j'ai cru intéressant, à propos de mes 28 cas, d'exposer mon expérience personnelle.

Je la résume dans les conclusions suivantes :

a) Les névralgies faciales que voient les chirurgiens sont des névralgies faciales beaucoup plus graves que celles vues et soignées, par les médecins ; ce qui explique le malentendu thérapeutique existant entre les uns et les autres.

b) Les interventions dirigées contre ces névralgies peuvent être :

1° des interventions portant sur la périphérie du trijumeau, qui doivent être des résections périphériques totales d'une branche, ou mieux des trois branches, du trou de la basse au bouquet périphérique ;

2° des résections du ganglion de Gasser, où l'on ménagera les trous de la base pour ne pas ouvrir le sinus sphénoïdal et où l'on pratiquera le plombage de ces trous, qui donne toute sécurité contre la récurrence par la reproduction de la continuité nerveuse.

3° la résection du ganglion supérieur du sympathique.

c) Toutes les interventions se pratiquent sur le trijumeau peuvent être exécutées à l'aide d'une seule technique zygomato-malaire, constante dans ses temps superficiels et ne se différenciant, suivant le nerf à réséquer, que dans la profondeur.

d) Les interventions sur le ganglion de Gasser se distinguent par leur gravité exceptionnelle.

e) Les interventions sur le ganglion de Gasser ne sont pas les seules à donner des résultats très durables, voire des guérisons ; il en est de même des résections périphériques totales ; il en est de même aussi des résections du sympathique, qui, par leur influence vaso-motrice sur la totalité du trijumeau, branche, ganglion et centres, sont peut être destinées à occuper un jour la plus large place dans la thérapeutique des névralgies faciales rebelles.

(Ind. méd.)

GYNECOLOGIE

Dysménorrhée

par M. le DR A. SCHIFF

De Vienne, il nous arrive aujourd'hui un procédé fort curieux de soulager les femmes dysménorrhéiques !

On arrive à ce résultat assez inattendu en s'adressant au nez des femmes dont la menstruation se fait avec douleur. Les femmes seront rapidement soulagées par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

" M. A. Schiff, lisons-nous dans la *Semaine médicale*, a communiqué le résultat de ses recherches sur le traitement des accidents douloureux qui accompagnent les dysménorrhées, par l'attouchement, avec une solution de cocaïne à 1 pour 100, des régions de la muqueuse des fosses nasales que Fliess a désignées sous le nom de "points génitaux". A peine a-t-on touché ces zones avec l'extrémité d'une sonde trempée dans la solution cocaïnique, que les malades accusent spontanément une disparition complète de leurs douleurs abdominales. La cocaïnisation de l'extrémité antérieure du cornet antérieur fait disparaître les douleurs hypogastriques, celle du tubercule nasal, les douleurs sacrées ; quand les douleurs sont unilatérales, il faut avoir soin de toucher les points génitaux de la fosse nasale du même côté. Ce qui prouve l'action élective de ces régions sur la sensibilité de la région utéro-ovarienne, c'est que si l'on anesthésie toute la muqueuse des fosses nasales, à l'exception des points génitaux, les douleurs ne cèdent pas. Il faut noter enfin que la cessation des douleurs s'obtient également lorsque, au lieu d'une solution concentrée, on fait usage d'une solution de cocaïne, à 3 ou 4 pour 100 par exemple, à la condition de toucher préalablement les zones en question avec de l'extrait de capsules surrénales, dont l'action anémiant est bien connue. En détruisant les points génitaux par des caustiques ou par l'électrolyse, M. Schiff a pu obtenir dans un certain nombre de cas la guérison définitive de la dysménorrhée.

" On peut aussi faire cesser les douleurs abdominales indépendantes des périodes menstruelles par la cocaïnisation des points génitaux.

" Pour expliquer ces faits, M. Schiff admet que les douleurs qui accompagnent certaines dysménorrhées ne siègent pas en réalité, dans les organes génitaux, mais qu'elles ont pour points de départ une irritation de la muqueuse des fosses nasales."

(Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux).

Traitement du cancer de l'utérus par le chlorate de soude

Par le Dr L. BOUCHER de Rouen.

C'est en s'appuyant sur les résultats obtenus par M. Brissaud, que l'auteur a eu l'idée d'employer le chlorate de soude, qu'il administre selon la formule suivante :

R. Chlorate de soude.....	20 grammes
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 —
Eau distillée.....	100 —

M. F. une potion, dont la malade doit prendre de deux à huit cuillerées à soupe par jour.

On doit commencer par les doses les plus petites, afin d'habituer l'estomac à supporter le chlorate de soude, car, s'il est certaines malades qui tolèrent d'emblée les fortes doses de ce médicament, la plupart éprouvent une certaine difficulté à le supporter.

Pour faire les applications locales du médicament, on emploie la poudre composée suivante :

R. Chlorate de soude.....	10 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	10 —
Iodoforme.....	5 —

M. pour l'usage externe.

On applique une petite quantité de ce mélange sur un tampon que l'on place ensuite sur le col de l'utérus.

Pour faire les tampons, on peut se servir aussi de bandelottes de tarlatane stérilisée. Ces bandelottes auront une largeur de 0,15 centimètres et une longueur de 5 mètres. On les imbibera d'un mélange d'une partie d'iodoforme pour 20 parties de chlorate de soude et 20 parties de glycérine. Après les avoir bien exprimées on coupera ces bandelottes en morceaux de 0,10 centimètres de longueur que l'on attachera dans leur milieu avec un fil de soie, de manière à pouvoir les retirer facilement du vagin. Ces bandelottes seront portées sur le col de l'utérus, chacune d'elles contiendra ainsi environ un gramme de chlorate de soude.

Souvent il arrive, au bout de quelques jours, que les malades ne peuvent plus supporter l'iodoforme. Cette intolérance se manifeste par l'apparition de certains symptômes qui indiquent l'intoxication légère par cette substance. La langue devient sale et saburrale ; il se développe un très mauvais goût dans la bouche et l'on peut déceler la présence de l'iodoforme dans la salive par la réaction du calomel. Dans ces conditions, il faut supprimer l'iodoforme des pansements. On remplace alors la gaze iodoformée par des tampons de coton salolé que l'on trempe, au moment du pansement, dans une solution de chlorate de soude à 20 %.

Dans l'un comme dans l'autre cas, on doit faire également tous les jours, une injection vaginale avec un litre d'une solution de chlorate de soude à 1 %.

Les résultats que donne ce traitement du cancer de l'utérus sont les suivants. Au bout de quelques jours, ont disparaitre les hémorrhagies, ainsi que les écoulements fétides. En même temps, les douleurs diminuent rapidement, si bien que l'on peut supprimer les injections de morphine, dont les malades étaient obligées de se servir jusque-là. Bientôt le boursoufflement du col utérin diminue les plaies se cicatrisent ; et, en même temps, on voit les malades reprendre de l'appétit et s'améliorer beaucoup. Il faut bien savoir cependant qu'il ne s'agit, en somme, dans ces cas, que d'une médication palliative, car aussitôt que l'on vient à suspendre les pansements, on voit reparaitre tous les désordres locaux et l'état redevenir aussi mauvais qu'il était avant l'emploi du chlorate de soude. Et même avec de la persévérance et de l'énergie dans la continuation du traitement par le chlora-

te de soude, on ne peut arriver à empêcher l'issue fatale de la maladie, car le médicament ne peut avoir d'action sur les régions du cancer avec lesquelles on ne peut le mettre en contact.

(*Journ. de méd. de Paris*).

THERAPEUTIQUE

Le hoquet dans la fièvre typhoïde et son traitement.

D'après M. A. BOMCHIS.

Au nombre des complications qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, le hoquet, passager, indépendant de toute propagation de l'infection au péritoine, peut souvent, par sa persistance, par les vomissements dont il s'accompagne, devenir une cause de préoccupation pour le médecin.

M. A. Bömchis (de Bucharest), dans son intéressante thèse (Paris, 1900), donne des détails sur le traitement de cette complication :

« Les divers moyens thérapeutiques préconisés pour suspendre les convulsions du hoquet typhoïdique, dit-il, se bornent presque tous à être symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils ne s'adressent pas à la cause première, à la maladie générale dont le hoquet semble être l'expression. C'est ainsi que l'on a tenté la plupart des moyens que l'on oppose journellement au hoquet vulgaire ; ceux-ci sont, on le sait, très variés, depuis ce moyen connu et populaire qui consiste à arrêter la respiration le plus longtemps possible ou à en modifier le rythme d'une manière quelconque, jusqu'aux ingestions de glace, de boissons glacées, de chloroforme, de chloral, de cocaïne ; jusqu'à la compression des nerfs phréniques et pneumogastriques, les pulvérisations d'éther et les applications de compresses chloroformées sur la région sternale. On a préconisé la révulsion par la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu ; on a utilisé le jaborandi, la pilocarpine et la digitale.

La valériane, le valériane d'ammoniaque, les bromures, l'opium la belladone, le sulfonal ont eu leurs succès, toujours dans le cas de hoquet ordinaire.

Gola nous cite un cas de hoquet chronique guéri à l'aide de l'acide sulfurique. Gamberini a employé l'acupuncture et le galvanisme avec succès.

Boyer employa la pression épigastrique, Rullier la cautérisation actuelle pratiquée à l'épigastre. Latour et Marage ont utilisé le chloroforme, Rose les pulvérisations d'éther sur l'épigastre et à la nuque.

Mais, il faut avant tout, quand on veut opposer une thérapeutique au hoquet, se rendre compte de la variété à laquelle on a affaire, hoquet idiopathique, ou, comme dans le cas qui nous occupe ici, hoquet symptomatique.

Le premier est ordinairement peu grave et cesse le

plus souvent de lui-même ; une peur, une surprise, quelques gorgées d'eau froide, pure ou acidulée, une aspersion d'eau froide sur le visage, l'attention fortement fixée vers un autre objet, l'étonnement, etc., suffisent d'ordinaire. Si le mal se prolonge et tourmente excessivement les malades, on retirera de grands avantages des bains froids donnés par surprise. On pourra avec succès appliquer sur l'épigastre une vessie remplie de glace, ou en faire avaler des morceaux (Fabre).

Le hoquet symptomatique appelle, au contraire, un traitement étiologique, et, comme le dit Charles Eloy (*Dict. de Jaccoud*), accident contingent au cours d'affections fort diverses, sa médication doit être celle de ces états morbides.

Pour ce qui est de la fièvre typhoïde, on a donné le naphthol, benzonaphthol, chorbon, salol, acide salicylique, etc. Graves recommandait l'essence de térébenthine. Le calomel à la dose de 0,60 par jour a été aussi employé ; le sulfate de quinine aurait une action sur l'hypertrophie de la rate. L'électrisation des nerfs phréniques soit par les courants galvaniques soit par les courants faradiques a eu aussi son heure de faveur.

Daureillan recommande la mixture suivante, à appliquer, en compresse sur la région du cou :

Ether.....	} à 30 grammes.
Chloroforme.....	
Menthol.....	4 —

Mais le grand défaut de tous ces traitements est de ne pas s'adresser à la cause directe du hoquet, qui est, dans l'espèce, l'intoxication. L'indication première est incontestablement, ici, de favoriser l'élimination des toxines emmagasinées par l'organisme du typhique et concentrées en ce moment sur les centres nerveux. Or, la médication qui répond le mieux à ce desideratum est sans contredit la *balnéation*, les grands bains froids à 22 degrés prolongés pendant dix à douze minutes, suivant la technique couramment suivie aujourd'hui. En même temps, on fera absorber au malade des boissons abondantes ; si la faible quantité des urines, la sécheresse de la bouche le commandent, on fera des injections sous-cutanées de serum artificiel. Bref, on désintoxiquera le malade par tous les moyens à notre disposition, et l'on verra bientôt l'urination se rétablir, le calme revenir et le hoquet cesser."

(Gaz. des hôp.)

Traitement médical des otites aiguës non suppurées

D'après M. MAHU.

1° Faire garder la chambre à l'enfant et administrer au besoin une purgation.

2° Toutes les deux heures, appliquer sur le pavillon de l'oreille malade, sur les régions temporales et mastoïdiennes, des compresses imprégnées d'une solution dans l'eau bouillie de bicarbonate de soude à 60 p. 1000,

aussi chaudes que le dos de la main peut les supporter. Recouvrir de taffetas chiffon puis d'ouate maintenue par une bande.

Avant d'appliquer le pansement, on versera dans le conduit une petite quantité de la solution ci-dessus aussi chaude que possible, que l'on remplacera, tous les deux pansements, par trois ou quatre gouttes de la préparation suivante tiède au bain-marie :

Glycérine neutre stérilisée.....	10 grammes.
Résorcine.....	0 g 75
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 g 40

3° Trois fois dans la journée, instiller, dans chaque fosse nasale de l'enfant étendu sur son lit, la tête basse, à l'aide de la petite seringue de Marfan, la valeur d'une demie-cuillerée à café de

Huile d'amandes douces stérilisée.....	60 grammes.
Menthol.....	0 g 60

4° Toutes les trois heures, faire un grand lavage de la bouche et du pharynx, à l'aide d'un bock suspendue à 0m50 au-dessus de la tête de l'enfant et dont le tube en caoutchouc sera terminé par une canule en verre à extrémité mousse,—le tout soigneusement bouilli,—avec un litre à chaque fois d'eau bouillie aussi chaude qu'elle pourra être supportée.

Au bout de deux jours du traitement ci-dessus, si les douleurs persistent et si la température s'élève, examiner avec soin l'oreille et faire la paracentèse du tympan au cas où cette membrane serait rouge et bombée.

(Gaz des hôp.)

PEDIATRIE

Ce que valent les signes prodromiques précoces de la rougeole.

par M. L. GUINON.

Les signes prodromiques que l'on a décrits depuis quelques années dans la rougeole sont-ils suffisants ? Telle est la question qu'étudie M. Guinon.

Le *piqueté palatin* de Sevestre et d'Espine a une véritable valeur, mais il est souvent très tardif et n'apparaît qu'avec l'éruption.

La *diminution notable du poids* survenant pendant la période d'invasion avec une température normale a une valeur incontestable, comme l'a montré Henri Meunier, mais c'est un signe que l'insuffisance du personnel ne permet pas de rechercher quotidiennement dans les hôpitaux d'enfants.

L'*hyperleucocytose de la période d'invasion* et plus exactement l'*hyperleucocytose polynucléaire* étudiée par M. Combe (de Lausanne) a une réelle valeur. Mais M. Guinon lui reproche de ne pas être réellement clinique, parce que sa recherche est compliquée.

Deux signes sont plus intéressants pour le clinicien ; la stomatite érythémato-pultacée de Comby, et les taches de Köplik (petites taches punctiformes entourées d'une aréole rouge que l'on trouve sur la muqueuse des joues et des lèvres, apparaissent en général trois jours avant l'éruption). Encore ce dernier signe est-il très difficile à voir.

D'une façon générale, tous ces signes ont une certaine valeur diagnostique, mais il ne faut pas avoir en eux une confiance absolue. — "L'inconvénient est minime d'ailleurs, puisque leur présence ne peut qu'exagérer les précautions, chose dont on n'a jamais à se repentir, pourvu qu'il soit bien entendu qu'en pareil cas le malade n'est pas isolé au milieu d'autres morbilleux, mais dans un service de suspects où il ne courra lui-même aucun danger."

(*Rev. des mal. de l'enf. — Gaz. des hop.*)

MALADIES VENERIENNES

Le traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique.

D'après M. DE BRUN.

La puissance de dessiccation de l'acide picrique dans les brûlures et dans les affections suintantes de la peau ; la rapidité avec laquelle se font, sous son influence, les régénérations épithéliales, ont donné à M. le professeur H. de Brun (de Beyrouth) l'idée d'employer ce médicament dans la blennorrhagie et dans quelques affections inflammatoires des muqueuses abordables aux topiques (conjonctive, muqueuse pituitaire).

Voici la manière dont M. de Brun décrit son procédé (*Rev. gén. de chir. et de théor.*) dans la blennorrhagie :

"J'emploie en général, dit-il, une solution dont le titre varie de 1/200 à 1/100. La solution à 1/200 est souvent indolore ; celle à 1/100 peut causer des douleurs assez vives, jamais intolérables. Je fais faire avec de petites seringues en verre, aussi bien stérilisées que possible, d'une contenance de 5 à 6 centimètres cubes, de simple injectious à méat fermé, je laisse pendant trois minutes le liquide en contact avec le canal. Les injections sont répétées deux à trois fois par jour quand elles sont peu douloureuses et une fois seulement quand le malade les supporte difficilement, ce qui est fort rare. Le plus souvent, en quatre à cinq jours la guérison radicale est obtenue dans les blennorrhagies aiguës. J'ai obtenue des guérisons aussi rapides et définitives dans des blennorrhagies chroniques qui avaient résisté à tous les traitements antérieurs. Je n'ai pas besoin de dire que ces résultats ne sont obtenus qu'à la condition qu'il s'agisse d'une uretrite dans laquelle l'injection puisse atteindre le siège du mal. Dans l'urétrite postérieure il serait

sans doute nécessaire de faire des instillations. Je n'ai pas eu jusqu'à présent l'occasion d'en faire avec les solutions que je préconise, et ne peux par conséquent donner à ce sujet aucun renseignement.

Un des premiers effets, de l'injection d'acide picrique est de modifier la nature de l'écoulement. De vert ou jaune qu'il était l'écoulement, dès les premières injections, devient presque clair ; il perd sa purulence et son opacité. Il faut ajouter qu'il devient quelquefois plus abondant, pour diminuer et disparaître parfois dès que les injections ont été suspendues.

L'effet du traitement sur les gonocoques est remarquable ; ceux-ci, comme les leucocytes, du reste, diminuent rapidement de nombre pendant que les cellules épithéliales deviennent plus abondantes dans la préparation, indice certain d'un énergique effet curatif."

M. de Brun rapporte plusieurs observations qui sont absolument concluantes en faveur de cette méthode. Il cite également quelques rares cas où elle a été inefficace.

Etant donné qu'il n'y a rien d'absolu en thérapeutique, surtout en matière d'urétrite blennorrhagique, la méthode peut être considérée comme recommandable dans toutes les urétrites blennorrhagiques antérieures aiguës ou chroniques.

(*Gaz. des hôp.*)

FORMULAIRE

POTION ACIDE.

Eau commune.....	4 onces.
Eau distillée de menthe poivrée.....	2 —
Sirop de sucre.....	5 drachmes.
Acide sulfurique dilué.....	12 gouttes.

Dyspepsie flatulente.

(*Gaz. méd. belge.*)

INTERETS PROFESSIONNELS

Convention médicale du Comte de Charlevoix

Le 25 mars 1901, les médecins du Comté de Charlevoix se sont réunis à la Baie Saint-Paul, dans le but de former une association médicale.

Étaient présents, messieurs les docteurs Alfred Simard, Alfred Morin et Eugène Guillemette, de la Baie Saint-Paul ; Ch. Simard, de Saint-Urbain ; P. Synote, des Eboulements ; Ls. H. Labrèque, J. A. Lapointe et E. V. Boulanger, de la malbaie.

Cette association sera connue sous le nom de "So-

ciété Médicale du Comté de Charlevoix ”.

Cette Société a pour but de resserrer les liens d'amitié qui unissent déjà les médecins du Comté, et de maintenir l'union, l'accord et l'harmonie qui doivent toujours exister entre les membres d'une même profession, et de tirer le meilleur profit possible de cette amitié et de cette union, tant dans l'intérêt des médecins eux-mêmes que dans celui de leurs patients.

L'élection des officiers a donné le résultat suivant :

Président : Dr Alfred Simard, Baie Saint-Paul.

Vice-président : Dr Ls. H. Labrèque, Malbaie.

Secrétaire : Dr E. V. Boulanger, Malbaie.

Proposé par les Drs Ls. H. Labrèque et E. Guillemette, secondé par les Drs P. Synote et Alf. Morin, et résolu unanimement : Qu'un trop grand nombre de médecins non licenciés et de charlatans ont leurs coudées franches pour pratiquer illégalement la médecine au détriment des médecins porteurs de licence ;

Que tous les médecins présents à la Convention désirant que la loi soit appliquée avec toute la rigueur possible dans tous les cas de pratique illégale de la médecine.

Proposé par le Dr J. A. Lapointe, secondé par le Dr P. Synote, et résolu unanimement : Qu'à l'avenir tous les médecins présents (et ceux absents qui s'engageront par écrit) s'engagent sur l'honneur à ne faire aucun accouchement ordinaire pour moins de \$2.00, un tel accouchement n'occasionnant pas une perte de temps de plus de 6 heures ; un supplément de 25 cts. sera exigé pour chaque heure subséquente de détention. Pour application de forceps, 50 cts. en montant ; pour hémorrhagie, 50 cts. en montant ; pour adhérences du placenta, 50 cts. en montant ; accouchement gémellaire \$4.00 ; accouchement avec chloroforme \$5.00.

Il est ensuite proposé par le Dr Ls. H. Labrèque, secondé par le Dr A. Morin, et résolu unanimement : Que les réunions de la “ Société Médicale du Comté de Charlevoix ” aient lieu tous les six mois, la première devant avoir lieu le 1er Octobre 1901 à la Malbaie.

Monsieur le président remercie ensuite en termes chaleureux les confrères qui n'ont pas craint ni la distance, ni la température pour se rendre à cette réunion. Il attend le plus grand bien de ces réunions, et espère qu'à l'avenir tous nous marcherons la main dans la main, nous supportant les uns les autres pour notre plus grand avantage et celui de nos patients.

Et l'assemblée est close.

DR E.-V. BOULANGER,
Secrétaire.

Association médicale du District des Trois-Rivières.

Monsieur le Docteur.

Nous avons l'honneur de vous apprendre que “ l'Association Médicale du District des Trois-Rivières. ” a été

régulièrement fondée le 29 Mai dernier 1901.

Le but de cette Association est de s'occuper des intérêts professionnels dans notre District, de resserrer les liens de confraternité, et de donner de l'émulation dans les Etudes Médicales.

Il y aura réunion mensuelle et tous les membres seront avertis à l'avance, par carte postale.

Tous les Médecins du District, sont appelés à faire partie de l'Association. Environ 50 Médecins ont déjà promis leur concours.

Il suffit pour devenir membre de donner son nom, accompagné d'une remise de deux dollars, à Monsieur le Trésorier, le Dr J. H. Leduc, Trois-Rivières. A chaque réunion il y aura des travaux originaux présentés par les Médecins.

On s'occupera de la création d'un tarif pour les Médecins du District, etc.

Le 29 Mai dernier, l'élection des Officiers pour l'année courante, a donné le résultat suivant :

Président Honoraire : Dr G. B. Desaulniers, Nicolet ; Vice-Président Honoraire : Dr P. A. Grenier, St-Maurice ; Président Actif : Dr L. P. Normand, Trois-Rivières ; 1er Vice-Président Actif : Dr H. Marchand, Champlain ; 2ème Vice-Président Actif : Dr H. Trudel, St-Grégoire ; Secrétaire : Dr C. E. Darche, Trois-Rivières ; Assistant Secrétaire : Dr C. N. DeBlois, Trois Rivières ; Trésorier : Dr J. H. Leduc, Trois-Rivières.

Les Comités se composent des officiers ci-dessus et en outre :

Le Comité de Direction : De MM. les Drs. L. P. Fiset, M. P. P. Shawenegan, E. F. Panneton, Trois-Rivières, L. A. Plante, Louiseville, H. Désilets, Bécancourt.

Le Comité d'Etudes et d'Organisation : De MM. les Drs. M. E. Gervais, Nap. Lambert, Geo. Bourgeois, Trois-Rivières, Wilbrod Ferron, St-Paulin, Léopold Désilets, Nicolet.

A une réunion du Comité d'Organisation tenue le 13 Juin ult., il a été décidé que la prochaine réunion ait lieu le 27 Juin courant, à 8 heures du soir, à la Salle des Sociétés de Bienfaisance, coin des rues Bonaventure et St-Joseph.

DR L. P. NORMAND,
Président.

DR C. E. DARCHÉ,
Secrétaire.

N.D.L.R. Encore de bons efforts qui porteront fruit. Que tous les districts en fassent autant en imitant les courageux, qui ont débuté et bientôt la médecine canadienne française sera forte et protégée, et nous pourrons avoir, nos congrès français plusieurs fois par année dans nos grands centres. Nous répétons, “ Bravo, à l'œuvre nous récolterons ! ”

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES DIVISIONS DE LA VOUTE PALATINE.

par M. le Dr TRUMAN W. BROPHY (Chicago).

Doyen du Collège dentaire de Chicago ; Chirurgien dentiste au Presbyterian Hospital et professeur de Pathologie dentaire au Rush Medical College.

Conférence donnée à la Société Dentaire de Toronto.

(Suite.)

Fig. 9. Cette figure représente l'opération terminée.

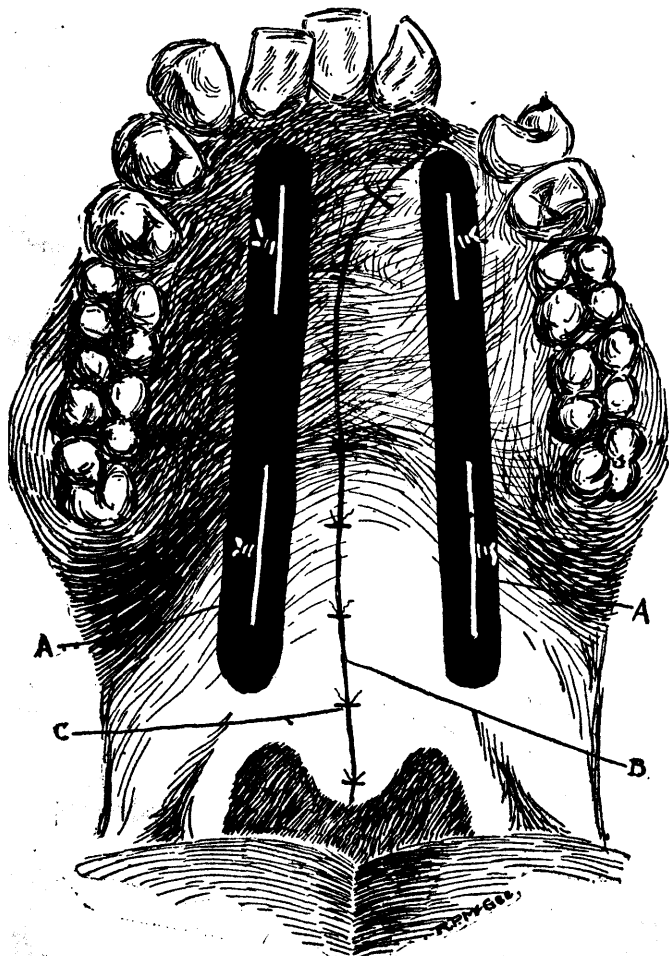


Fig. 9.

A, A, Plaques de plomb, B, Fissure fermée, C, Suture d'affrontement,

Fig. 10. C'est un croquis sur le vif, d'un palais défec-tueux opéré il y a plusieurs années. Le patient pour obvier à cette défec-tuosité était obligé de se servir d'un obturateur. Il me fut amené (Dr Brophy) par un des démonstrateurs du Collège, pour savoir s'il y avait quelque chose à faire. Je décidai d'allonger son palais. Chez les

adultes, porteurs de divisions palatines, il y a un dévelop-pement des muscles palato-pharyngiens, qui dépasse de beaucoup la normale. Ils sont plus forts, plus fournis. Ils sont doués d'une contractilité, d'une mobilité et d'une activité que l'on ne rencontre pas chez ceux qui n'ont pas de divisions palatines.

Le Dr Brophy a mis cette disposition anatomique particulière à profit, en les divisant dans leur axe lon-gitudinale et en les unissant de manière à allonger le palais. C'est l'opération qui a été faite, le muscle palato-pharyngien d'un côté a été divisé presque dans ses deux tiers, pour être rapproché de son congénère et suturé avec lui après avivement de leur point de contact.

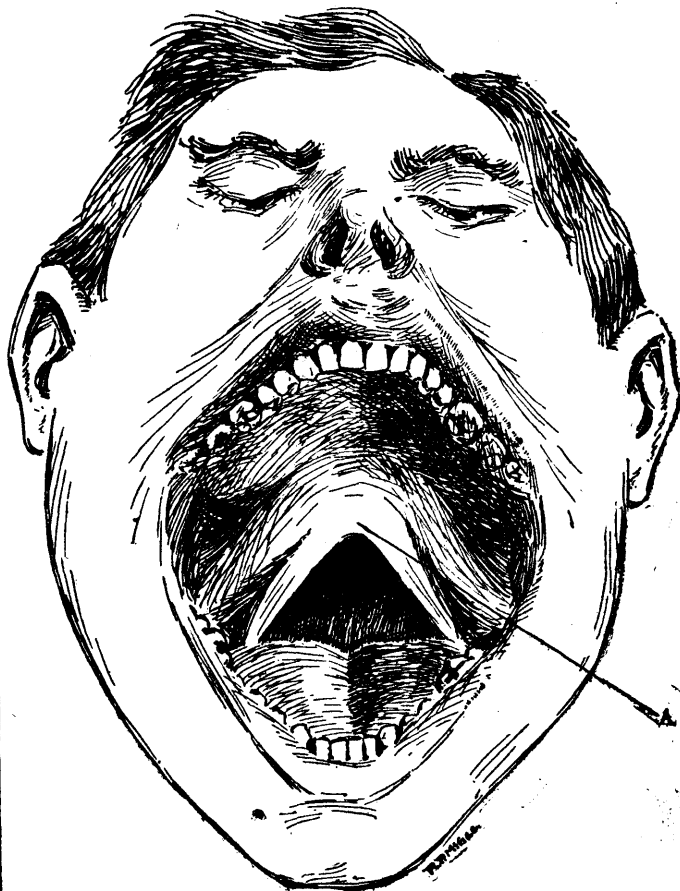


Fig. 10.

Dessin d'après nature, montrant un défaut congénital du voile et l'absence comp-ète de la luette.

Fig. 11. Cette figure nous fait voir l'opération termi-née. Le patient guérit très bien et pour aucune considé-ration n'aurait voulu se voir obligé de porter de nouveau un obturateur. On ne peut comparer une pièce prothé-tique à un palais naturel ou à peu près ; pas plus qu'un chirurgien se hazarderait à remplacer par un membre artificiel, un membre qu'il aurait l'espoir de conserver.

Fig. 12. C'est une figure qui représente une interven-

tion, peut-être la plus intéressante, de celles que je fais (Dr Brophy) pour l'obturation des divisions palatines, chez les enfants.

Quand ce procédé fut signalé pour la première fois, il

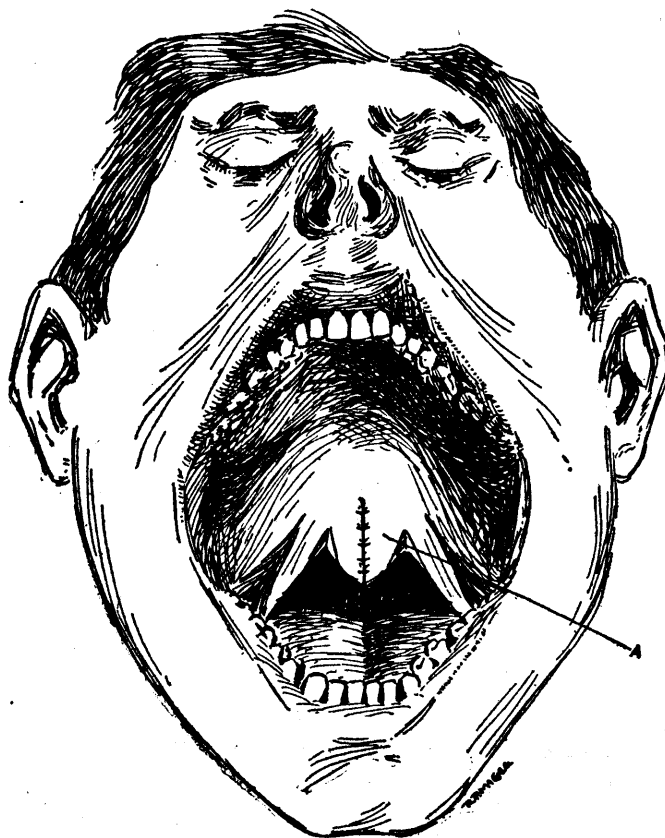


Fig. 11.

Dessin d'après nature du même cas après opération pour l'allongement du voile et la reconstitution de la luette par la réunion au centre de la moitié des muscles palato-pharyngés.

rencontra la désapprobation d'un grand nombre. Mais ne parait-il pas raisonnable de penser que ces os peuvent être rapprochés dès l'enfance, quand les tissus sont encore plus qu'à moitié organiques, quand l'ossification est encore à peine établie, et tenter ainsi d'aider à la phonation et à l'articulation. Que d'humiliations une opération précoce, dès l'enfance, épargne à l'adolescent, à l'homme fait, qui sans elle se verait isoler, pour ainsi dire, du reste de ses semblables ! Et l'opération à cet âge, est praticable.

Le premier petit patient que le Dr Brophy opéra de cette manière n'avait que dix jours. Le petit patient fut chloroformisé, les os furent rapprochés et unis.

Ce cas rapporté au Congrès dentaire de

Chicago en 1893, souleva une critique sévère. Kingsley publia un article, dans lequel il reprocha au Dr Brophy d'avoir opéré sans le consentement du petit sujet, d'avoir osé une opération dont le succès était des plus aléatoires, et qui pouvait laisser l'opéré dans un état plus difforme qu'avant.

Cette vignette représente une section verticale du maxillaire supérieur de l'enfant. L'antrese décèle comme sous l'apparence d'une tache noire ; il est très petit chez un tout jeune enfant ; la cavité nasale et le vomer sont bien en évidence. Ceci s'applique à un enfant au-dessous de cinq mois, sur lequel une intervention chirurgicale peut être tentée avec succès. Au Congrès tenu à Paris, l'an dernier le Dr Brophy a présenté sa statistique qui comporte 211 opérations sur des enfants âgés de moins de six mois, sans mortalité. Mais il faut dire en justice, que le second patient qu'il opéra à son retour, ne survécut pas à l'intervention. Jusqu'à la date de la présente assemblée le Dr Brophy a fait 236 opérations sur des enfants de moins de six mois, avec un mort. L'enfant supporta bien l'intervention, mais succomba douze jours après à une pneumonie.

Les chirurgiens français n'opèrent pas les enfants avant l'âge de deux ans, quelques uns même attendent la neuvième ou la quinzième année. Ce n'est pas là heureusement l'opinion générale. La figure 12 laisse parfaitement voir les fils d'argent en place avec les plaques de plomb. Il faut employer du fil n° 20, filière américaine. Il faut aussi que les plaques de plomb soient

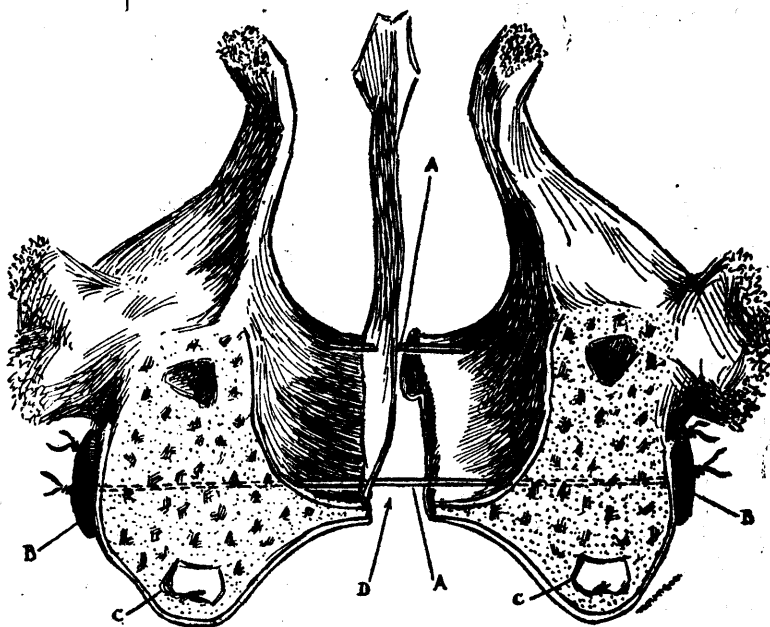
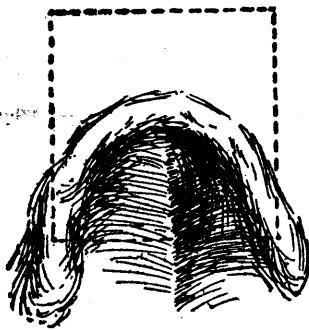


Fig. 12.

A, A, Sutures de tension en fil d'argent. B, B, Plaques de plomb, C, C, Formation des premières molaires, D, fissure palatine.

fortes. Le Dr Brophy exhiba ici une pince à forci pression du Dr Logan, son assistant, pour comprimer les os et assurer leur affrontement.

Les mains peuvent aussi faire cet affrontement, mais



Dessins tirés de la mensuration exacte d'empreintes faites sur le vivant, montrant la position relative des maxillaires supérieur et inférieur chez un enfant porteur de fissure palatine. Les carrés représentent les proportions exactes entre les processus alvéolaires de chaque maxillaire. Le grand carré mesure l'espace de la fissure en plus. La fissure une fois fermée les carrés peuvent se superposer, et les maxillaires se superposent normalement,

noire indique l'endroit ou les os ont été brisés.

Si on ne peut effectuer l'affrontement des os on transfixe l'os au dessus des plaques de plomb, au moyen d'un couteau assez fort, la partie de l'os, la plus résistante; c'est l'apophyse malaire; une fois tranchée avec le couteau, on en vient à bout assez facilement.

Un chirurgien éminent de Paris, a chaleureusement appuyé cette méthode. Les patients ne meurent pas parce que leur système nerveux est si peu développé qu'ils peuvent supporter un choc sérieux.

Le professeur Sebelean a dit : " Vos patients ne meurent point parce que vous ne coupez pas d'artères ; vous n'avez pas d'hémorrhagie ". Si nous ne coupons pas de vaisseaux, nous devons couper leurs branches. Le tout petit enfant supporte mal une hémorrhagie, c'est ce qui les fait mourir. " Vous évitez les artères, a dit le chirurgien français, vous n'avez pas d'hémorrhagie ; vos malades guérissent ".

Ces opérations en effet donnent peu de sang ; et dans

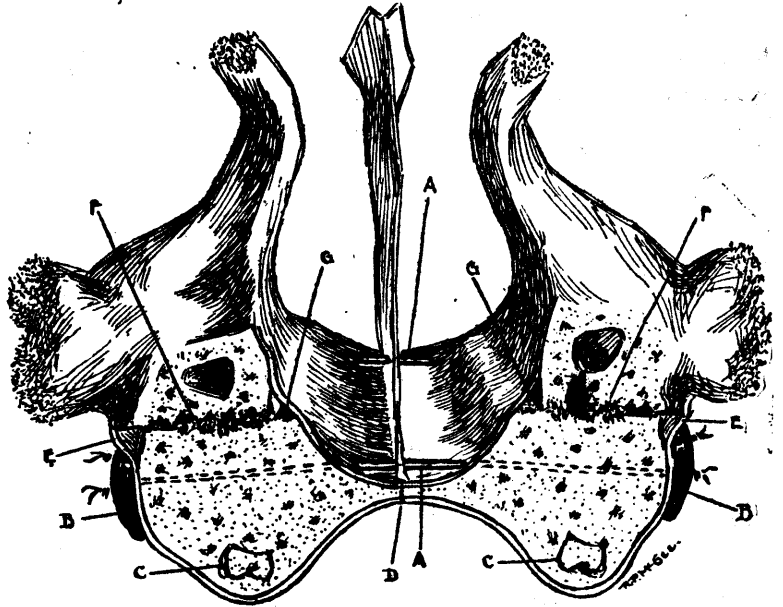


Fig 18.

A.A. Sutures de tension au fil d'argent. B.B. Plaques de plomb. C.C. Formation des premières molaires. D. Fissure fermée. E.E. Muco-périoste, qui remplit l'espace restée libre par l'affrontement forcé des os. F.F. Ligne de fracture des os causée par le rapprochement des os. G.G. Espace triangulaire du côté des os du nez par suite du glissement des parties fracturées.

il faut qu'il soit parfait. Si le vomer s'interpose, il faut exciser la partie interposée, et affronter le palais dur lui-même. De cette manière on peut rapprocher les tubérosités du maxillaire, en conservant le vomer en entier on ne pourrait faire cette manœuvre. Ce ne sont pas les tissus qui manquent dans la plupart des divisions congénitales du palais, mais, ce sont les os qui sont séparés, c'est le maxillaire supérieur qui est élargi, aplati.

Fig. 13. Les parties ont été affrontées ; et une ligne

le cas ou l'on en aurait, on le contrôle au moyen de tampons trempés dans de l'eau à 170°, et portés dans les lèvres de la plaie. Ceci a toujours réussi. Cette méthode a été consacrée par l'expérience, et quand les chirurgiens se seront familiarisés avec elle, ils n'en voudront pas d'autre. L'enfant croît mieux après l'occlusion du palais.

Voici quelques raisons qui militent en faveur d'une intervention précoce : les parties sont molles et de ma-

nipulation facile ; les enfants reçoivent quelquefois des lésions sérieuses en traversant la filière génitale ; les os du crâne sont déplacés ; ce déplacement des os est quelquefois très prononcé, et presque toujours ils retrouvent leur position normale. A cet âge l'impression sur ces organes essentiels, le choc est presque nul. Les conditions sont favorables et l'opération doit être conseillée.

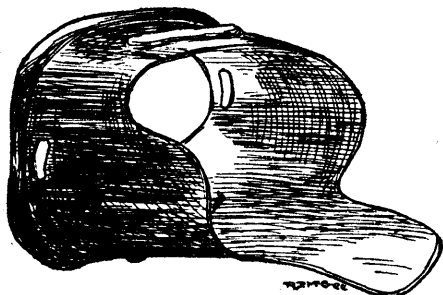


Fig. 14.

Fig. 14. Le Dr Brophy exhiba ensuite un spéculum oral qui peut être de différentes dimensions dont il se sert pour abaisser la langue, éclairer l'intérieur de la bouche et y pénétrer. L'auteur l'emploie rarement lui-même. Il commence par l'occlusion du palais dur, et

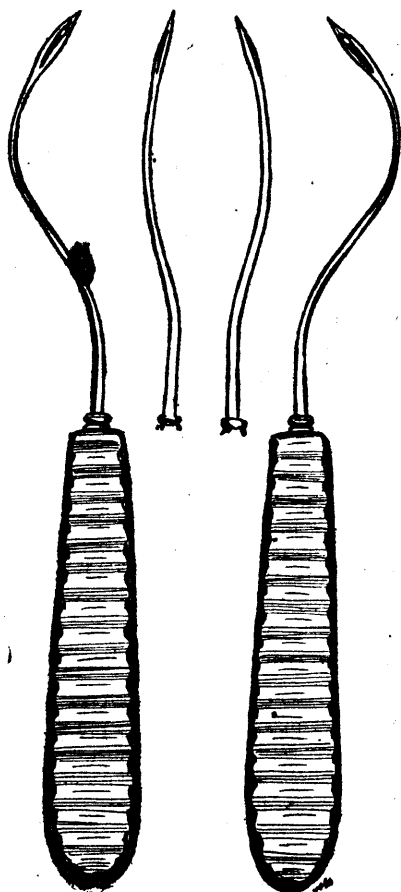


Fig. 15.

finit quelques mois après par celle du palais mou. Il opère la lèvre en dernier lieu.

Fig. 15. Ce sont les aiguilles dont se sert le Dr Brophy pour traverser les os de part en part. Elles sont fortes.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Complications vésicales dans l'appendicite.

par M. le Dr DAMIEN-MASSON (Thèse de Paris.)

On sait que l'appendicite peut retentir sur les organes voisins, l'utérus, les reins, etc., de manière à prendre une forme particulière qui peut rendre le diagnostic difficile. Le cœcum se trouvant parfois déplacé, et au voisinage de la vessie, il peut en résulter certains phénomènes qui changent singulièrement l'aspect de la maladie. M. le Dr Damien-Masson vient d'étudier des cas de ce genre en montrant les conséquences qui peuvent en être le résultat.

Il n'est pas nécessaire que l'inflammation agisse immédiatement, par contact direct, sur le réservoir urinaire, pour que l'on rencontre des troubles de ce côté. Comme dans toutes les affections douloureuses de l'abdomen, comme aussi dans les infections aiguës, il peut se produire de la rétention d'urine au cours de l'appendicite, plusieurs observations en font foi. D'autre part, les lésions intestinales de nature diverse sont souvent accompagnées de fréquence anormale de la miction ; c'est un phénomène réflexe sur lequel le professeur Guyon a attiré l'attention et qui peut venir également se ranger parmi les complications d'origine appendiculaire.

Mais lorsque le foyer inflammatoire est situé au voisinage de la vessie, la réaction de cet organe est beaucoup plus vive. C'est la péricystite qui entre la première en scène : elle se traduit par des troubles de la miction, irréguliers quelquefois, mais existant presque toujours. Le malade urine alors fréquemment avec effort et non sans douleur, mais ses urines ne perdent pas leur limpidité normale. Il peut également souffrir de rétention.

Les mêmes signes fonctionnels se maintiennent avec une plus grande intensité cependant, et il s'y surajoute de la pyurie, parfois de l'hématurie et une expulsion simultanée de débris de sphacèle : on se trouve en présence d'une muqueuse vésicale lésée, d'une cystite à proprement parler.

Puis tout à coup, au moment d'un effort ou le plus souvent sans raison apparente, le malade, pris d'un be-

soin d'uriner très impérieux, rend une quantité de pus plus considérable ; ses urines sont non seulement troubles, mais elles présentent aussi une odeur fétide, généralement fécaloïde ; l'ouverture de l'abcès appendiculaire dans la vessie est évidente. En outre, si le foyer purulent communique par ailleurs avec le cœcum, des gaz et des matières fécales peuvent s'échapper par l'urètre, de même que l'urine peut passer dans le canal intestinal. Et tout n'est pas terminé, l'établissement d'une fistule vient assez fréquemment se compliquer de la formation de calculs vésicaux, qui amènent avec eux tout un cortège de symptômes particulier.

Tel est l'ensemble symptomatique habituel d'un abcès appendiculaire cherchant à se faire jour à travers la vessie. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi régulièrement et parmi ces stades successifs plusieurs peuvent manquer. Chez certain malade, l'ouverture du foyer péritonéal dans le réservoir urinaire peut se faire spontanément sans aucun trouble prémonitoire, et l'écoulement de pus par les urines ne pas provoquer de crise douloureuses du côté de la miction. Dans un cas rapporté par Hallé, il s'est de plus produit une hématurie abondante qui, par sa persistance, fit succomber la malade, et qui était due, d'après les résultats de l'autopsie, à un épanchement sanguin secondaire dans la poche avoisinant la vessie.

Certains signes physiques accompagnent les symptômes de l'appendicite périvésicale. Dans la plupart des observations, on remarque l'existence d'une tuméfaction intra-abdominale, située soit entièrement dans la fosse iliaque droite, soit s'y prolongeant plus ou moins de la région hypogastrique, et en rapports intimes avec le réservoir urinaire. Cette tumeur est quelquefois douloureuse et son volume est variable. — Par le toucher rectal et par le palper abdominal combinés on se rend mieux compte de sa consistance et de sa localisation. Elle est tantôt molle, tantôt résistante, suivant son contenu ; ces signes physiques, ont une grande importance pour le diagnostic quand on les joint aux commémoratifs ; mais une difficulté résulte parfois de ce qu'on est consulté longtemps après une première crise appendiculaire qui aurait évolué d'une façon relativement silencieuse, le patient venant alors pour ses troubles vésicaux.

Le diagnostic est intéressant, car il permet d'intervenir utilement pour le malade en éliminant par exemple l'idée d'un néoplasme et en permettant de poser plus facilement les indications pour pratiquer avec efficacité une opération.

Contribution à la seméiologie du rêve.

par N. VASCHIDE et H. PIÉRON.

Les faits que nous avons exposés, disent les auteurs, se rapportent surtout à des états inflammatoires et infec-

tieux touchant principalement la respiration et la circulation. Ce sont là les principaux domaines en dehors des maladies nerveuses et mentales, où l'on puisse tirer du rêve des indications seméiologiques.

Le nombre de ces observations est assez faible, mais le champ de nos investigations fut assez limité. Cependant, dans cette mesure même, nous avons vu apparaître des maladies qui ne parurent précédées d'aucun rêve caractéristique, du moins que le sujet se soit rappelé et qu'il ait jugé digne de le noter, ce qui semble le cas pour les rêves de cette nature. D'autre part, il nous est arrivé de constater que les rêves, ayant des caractères véritables de rêves seméiologiques, ne précédèrent aucun trouble morbide appréciable.

Il est d'ailleurs possible qu'il y ait eu un avortement de ces troubles et aussi nous n'avons pas remarqué si le rêve ne répondait pas, non point à un état antérieur, mais à un état de trouble actuel plus ou moins léger de l'organisme.

Il est très possible, en effet, qu'il n'y ait pas proportionnalité véritable entre la gravité des troubles morbides et l'acuité des symptômes du rêve.

En tout cas, nous pouvons constater que si la trame du rêve en quelque sorte est purement individuelle et n'a pas de valeur en soi, on retrouve à peu près les symptômes véritables et principaux, du moins au point de vue de l'appréciation du sujet dans l'interprétation même du rêve, tels que l'étouffement, l'étranglement, la constriction, les ordures dans l'infection ; il y a donc eu là de véritables symptômes anticipés permettant de prévoir la maladie elle-même, du moins la partie l'organisme qui souffrirait, et, approximativement, la manière dont il serait atteint.

Nous ne parlons bien entendu que dans la limite de notre petit nombre d'exemples qui ne nous permet pas encore de tirer des conclusions très générales et nous nous contentons cette fois-ci de poser, ou plutôt de préciser un problème sans toutefois avoir la prétention de l'expliquer. Les psychologues et les médecins ont commencé heureusement depuis quelque temps à faire plus d'attention au subconscient mental et à sa trame délicate et si complexe. Nos quelques observations ne doivent être prises que comme des contributions à l'étude des révélations, des modifications pathologiques de ce subconscient, dont la valeur seméiologique nous paraît d'une importance capitale.

(Gaz. des hôp. — Ind. méd.)

Inhalation d'oxygène.

On sait que les inhalations d'oxygène sont d'un usage fréquent et qu'on les prescrit dans un grand nombre de cas, sur la foi de ce qui a été dit ou écrit. Sont elles vraiment utiles ? C'est la question que s'est posée M. Aron dans l'une des dernières séances de Société de médecine berlinoise :

Tout d'abord, M. Aron a fait observer que les inhalations d'oxygène sont destinées à favoriser la transformation de l'hémoglobine en oxyhémoglobine ; or, cette transformation a lieu dans une atmosphère ne contenant que 15 % d'oxygène ; dès lors il ne saurait être utile de faire respirer de l'oxygène pur, puisque l'air normal contient déjà 21 % de ce gaz, c'est-à-dire plus que la proportion nécessaire. On ne pourrait atteindre le but recherché qu'en élevant la quantité d'hémoglobine mise en contact, dans l'unité de temps, avec l'air inspiré, ce à quoi on arrive en activant la circulation et en augmentant le nombre et la profondeur des respirations.

Les partisans des inhalations objectent à ce raisonnement que les 14/15 seulement de l'hémoglobine sont saturés par l'oxygène dans l'atmosphère normale, le dernier quinzième ne pouvant être saturé que dans l'oxygène pur. L'orateur accepte la réalité de ce fait ; mais il convient de remarquer que la quantité d'oxygène fixée par jour étant de 800 à 900 grammes, son quinzième n'est que de 60 grammes pour les 24 heures ou moins de 3 grammes par heure (durée habituelle de l'inhalation) : c'est là une quantité absolument inappréciable. Enfin, si une pareille saturation se produisait, il en résulterait, à cause de l'excès d'oxygène dans le sang, une véritable apnée, une respiration entrecoupée par de longues pauses, phénomène que M. Aron déclare n'avoir jamais observé.

Plus récemment, on a prétendu que c'est la dissolution d'oxygène dans le sang, consécutivement aux inhalations, qui produit de bons effets ; mais la proportion de gaz ainsi dissous est extrêmement minime ; on n'a pas de chiffre précis pour l'homme ; chez le chien, elle ne dépasse pas 0,2 % ; en admettant qu'on puisse la quintupler et l'amener à 1 %, ce serait encore bien peu en comparaison des 21,6 % d'oxygène combiné à l'hémoglobine. Le taux de ce dernier peut s'abaisser jusqu'à 10 %, mais il ne saurait guère tomber plus bas sans que la mort survienne par asphyxie : en relevant légèrement ce taux, les inhalations d'oxygène sont susceptibles de prolonger un peu l'agonie, sans influencer si peu que ce soit la dyspnée et la cyanose.

En ce qui concerne l'oxydation des produits de désassimilation, l'organisme sain puise dans l'air atmosphérique l'oxygène qui lui est nécessaire pour ces combustions ; à l'état pathologique, il se produit une compensation par l'utilisation de forces latentes de réserve : c'est ainsi que dans la phtisie, les pleurésies, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe bronchique chronique, le mal de Bright, la chlorose, etc., la consommation d'oxygène demeure normale. D'ailleurs, si cette compensation ne se produisait pas et si les produits de désassimilation s'accumulaient dans l'organisme, les inhalations d'oxygène seraient encore inefficaces, car ce qui manque, ce n'est pas l'oxygène, c'est l'hémoglobine nécessaire pour fixer ce gaz.

M. Aron rend compte ensuite des recherches clini-

ques qu'il a faites sur l'emploi thérapeutique de l'oxygène, dans le service de M. Lazarus. Dans la chlorose, les résultats ont été absolument négatifs ; dans quelques cas de dyspnée d'origine cardiaque ou pulmonaire, ils ont été un peu favorables ; mais souvent l'amélioration cesse quand on suspend les inhalations ; il est probable que la suggestion intervient ici pour une part. En cas de syncope, comme dans l'empoisonnement par la morphine, les inhalations d'oxygène ne sauraient entrer en concurrence avec la respiration artificielle. Ce n'est que dans l'intoxication par l'oxyde de carbone que les inhalations sont réellement indiquées, car il s'agit alors d'une combinaison de l'hémoglobine avec le gaz oxy carboné, combinaison que l'oxygène est susceptible de détruire. La même méthode peut aussi rendre des services dans l'empoisonnement par l'aniline et contre les troubles résultant du séjour dans l'air raréfié.

Disons toutefois que M. Zuntz a rectifié certains chiffres cités par M. Aron.

D'après M. Zuntz, dans le sérum, la teneur en oxygène atteindrait 0,5, ou 0,6 % ; si donc on parvient seulement à la quadrupler, c'est un gain en oxygène de 2 % que réalise l'économie, peut-être plus encore dans certaines circonstances. En outre, le taux d'oxygène dans les alvéoles pulmonaires, qui normalement est de 15 %, s'élève, par la respiration d'oxygène pur, à 95 %, ce qui est susceptible d'exercer une action salutaire, quand la proportion d'hémoglobine est très faible, comme c'est le cas après les hémorragies abondantes, dans certaines intoxications (par l'oxyde de carbone, l'aniline) après le séjour dans l'air raréfié ; c'est ainsi que les inhalations d'oxygène font cesser le mal de montagne.

Il est vrai que d'un autre côté M. Ewald a soutenu les idées de M. Aron.

Il a rappelé que naguère il a combattu le traitement par l'ozone, que préconisait Lender. Les arguments qu'il opposait à l'ozone conservent leur valeur pour l'oxygène ; ce n'est pas avec l'ozone mais avec l'oxygène ordinaire que l'hémoglobine entre en combinaison et il existe toujours une proportion suffisante de ce gaz pour saturer les globules rouges. Quant à la quantité d'oxygène qui peut être fixée lorsqu'on élève la pression de ce gaz, elle est insignifiante. Aussi l'emploi de l'oxygène paraît-il à l'orateur une hérésie au point de vue physiologique.

(Tribune méd. — Gaz. méd. belge)

L'oxycyanure de mercure dans la thérapeutique uretro-vesicale.

D'après M. GENOUVILLE.

Représenté, il y a peu d'années encore, comme un sel très toxique, instable et dangereux à manier, l'oxycyanure est en train de conquérir une place importante en chirurgie, place due à son pouvoir antiseptique considérable, à sa toxicité relativement faible, à ses propri-

étés non irritantes. On l'utilise aujourd'hui pour l'immersion des instruments métalliques, pour la désinfection des mains, pour le nettoyage et le pansement des plaies. En chirurgie spéciale, on l'emploie en ophtalmologie et en urologie depuis les recherches d'Albarran, de Noguès, d'Escant et d'Enaud. M. Genouville, dès octobre 1899, a remplacé systématiquement la permanganate de potasse par l'oxycyanure dans les cas d'urétrite-aiguë.

Dans l'urétrite blennorragique aiguë au début, le permanganate de potasse donne d'excellents résultats, il n'y a aucune raison de lui préférer l'oxycyanure. Ce n'est que dans certains cas exceptionnels, lorsque le permanganate est douloureux ou mal supporté, lorsqu'il échoue, que l'on est autorisé à employer l'oxycyanure. C'est ainsi que dans cinq cas où le traitement fut commencé dans les deux premiers jours et dans lesquels le permanganate de potasse n'avait pas fait disparaître les gonocoques, M. Genouville eut recours à l'oxycyanure obtint, après un certain nombre de lavages, une guérison complète dans quatre cas.

A la période d'état, période essentiellement défavorable au traitement, les résultats sont parfois moins favorables. A la période de déclin, au contraire, l'oxycyanure réussit souvent : 8 fois sur 9 dans une série observée par l'auteur. De l'examen d'une quarantaine de cas, M. Genouville conclut que l'oxycyanure et le permanganate sont à peu près d'égale valeur thérapeutique. Si le permanganate paraît encore l'agent thérapeutique de choix dans le traitement de l'urétrite blennorragique au début, on peut regarder l'oxycyanure comme nettement indiqué, soit d'emblée, soit après un court essai au permanganate. Si ce dernier sel est mal supporté par un malade dont l'urètre est trop sensible, s'il existe une prostatite concomitante nécessitant le toucher rectal, ou si seulement le nombre des lavages au permanganate a dépassé 15 à 20 sans succès. En somme, ses indications résultent non pas des contre indications du permanganate (le mot serait trop fort), mais des cas où le permanganate est moins bien supporté et détermine un peu de réaction douloureuse ou irritante. L'oxycyanure présente en effet sur le permanganate l'avantage de n'être pas irritant, de ne déterminer aucune douleur au niveau de la vessie et du canal.

Dans les urétrites non gonococciques, l'oxycyanure est beaucoup moins efficace. Il est classique de soigner ces écoulements par le nitrate ou le sublimé, et la méthode classique mérite ici d'être conservée. Mais si l'oxycyanure est sans effet, il est du moins sans inconvénient et procure souvent même de légères améliorations : il en résulte qu'en cas de doute on peut l'employer avant tout examen bactériologique et qu'en présence d'un écoulement suspect, si l'examen microscopique ne peut être pratiqué faute de temps, il n'y a aucun inconvénient à faire d'emblée chez le malade un lavage à l'oxycyanure faible. Si l'examen révèle des gonocoques, on aura ainsi pratiqué un premier lavage utile. S'il n'y

a pas de gonocoques, la lavage est sans utilité, mais aussi sans inconvénient : le nitrate d'argent reste l'agent thérapeutique de choix dans ces cas.

Chez les rétrécis non infectés, dont les urines sont limpides et à peu près dénuées de filaments, l'oxycyanure est préférable à l'eau boriquée, antiseptique insuffisant, parce que son emploi réalise une antiseptie réelle. Il y a là une indication très nette, et, toutes les fois que le nitrate ne sera pas nécessaire, l'oxycyanure suffira largement. Chez les rétrécis infectés, il faut au contraire préférer de beaucoup le nitrate à l'oxycyanure.

L'oxycyanure est-il à recommander en lavages vésicaux ? Bien que M. Genouville n'ait pas fréquemment employé ainsi l'oxycyanure, il pense que l'oxycyanure ne doit être préféré au nitrate qu'exceptionnellement, dans les seuls cas où ce dernier détermine des douleurs trop vives. Encore est-il à craindre que, comme chez les rétrécis infectés, qui sont autant des vésicaux que des urétraux, on obtienne pas d'amélioration sensible.

Les doses auxquelles il faut employer l'oxycyanure varient entre 1/1000 et 1/6000. Les solutions fortes paraissent favorables dans les urétrites, surtout dans les urétrites à gonocoques. Chez les rétrécis, il faut au contraire user de doses faibles, les doses fortes congestionnant la muqueuse urétrale et produisant, par suite, des résultats défavorables à la dilatation. Pour les urétrites non gonococciques, les doses à employer sont à peu près les mêmes que pour l'écoulement à gonocoques, quoique peut-être un peu moins fortes. Quant aux lavages vésicaux, il convient de les faire avec du nitrate et non de l'oxycyanure : une vessie infectée réclame du nitrate d'argent et l'on peut ici rapprocher l'échec de l'oxycyanure de celui du permanganate dans les mêmes cas.

En résumé, l'oxycyanure donne de bons résultats dans les urétrites à gonocoques, en particulier dans les écoulements anciens ou chroniques, dans les cas compliqués de cystite légère, de prostatite, et, en général, dans les cas où le permanganate est irritant. Jusqu'à plus ample informé, il faut, pour le traitement abortif, préférer le permanganate. Dans tous les autres cas, l'oxycyanure est au moins égal au permanganate en efficacité et supérieur au point de vue de la facilité avec laquelle il est toléré. Sans être le spécifique du gonocoque, il rend de précieux services dans les urétrites gonococciques. Dans les urétrites non gonococciques, l'efficacité de l'oxycyanure est faible. Il en est de même chez les rétrécis infectés. Chez les rétrécis non infectés, au contraire, il est préférable à l'eau boriquée, étant beaucoup plus antiseptique sans être plus irritant ni douloureux. Dans les cystites ce sel est bien toléré, mais presque inactif, sauf dans la cystite blennorragique. En somme, l'oxycyanure mérite d'être employé beaucoup plus qu'il ne l'a été jusqu'ici dans la thérapeutique urétrale, et spécialement les urétrites gonococciques.

(Gaz. des hôp.)

Cas atypique de maladie d'Addison.

par M. le prof. DEBOVE.

Je désire aujourd'hui vous parler d'un malade de service qui est atteint d'une affection peu fréquente et se présentant chez lui sous une forme assez insolite.

C'est un homme âgé de soixante-trois ans, qui a beaucoup voyagé ; il a été dans diverses parties de l'Algérie, aux Antilles et dans l'Amérique centrale ; il a souffert de la dysenterie et de quelques atteintes de la malaria. Actuellement, ce qui frappe à première vue en l'examinant, c'est la pigmentation de tout le tégument. Celui-ci offre une teinte brune générale sur laquelle on voit, en regardant de près, se détacher des points plus sombres, et l'on remarque que la coloration au total est plus accusée au niveau des parties découvertes, visage, mains, nuque, ou de celles qui normalement sont plus foncées que le reste du corps, comme les organes sexuels, notamment le scrotum. On trouve aussi des plaques brunes sur les muqueuses des lèvres, des joues et des conjonctives. Cet aspect est caractéristique de la maladie bronzée et suffit presque, à mon avis, pour rejeter d'emblée l'hypothèse de toute autre espèce de mélanodermie. Du reste, dans tout ce que nous savons des antécédents du malade, il n'existe aucun élément qui permette d'invoquer une autre cause, telle que, par exemple, la pellagre ou le diabète bronzé ; à peine pourrait-on suspecter les atteintes antérieures de paludisme, mais elles furent trop légères pour que cette interprétation soit soutenable, car la rate examinée a paru absolument normale.

La mélanodermie s'étend à toutes les parties normalement pigmentées ; ainsi les cheveux, qui étaient châains, sont devenus noirs, sauf ceux blanchis par l'âge et l'on remarque sur les ongles une très légère teinte sépia démontrant la préexistence de pigment dans ces organes. La peau n'a point seulement changé de couleur, mais de douce qu'elle était, elle est devenue sèche, épaisse et rugueuse, presque ichtyosique dans les points exposés aux frottements, tels que les coudes et les genoux ; elle est le siège de démangeaisons et de grattages qui ont été le point de départ d'une éruption de prurigo, à propos duquel on ne peut songer à une influence parasitaire quelconque, d'autant plus que le sujet est fort propre et soigneux de sa personne.

Cet homme éprouve constamment une sensation de froid, de " chair de poule ; " ce signe a été noté assez fréquemment. Nous avons trouvé que la température intra-rectale oscille entre 36°,7 et 36°,9.

Il y a un peu de faiblesse musculaire ; les mouvements sont plus lents que chez un individu sain, mais il marche et monte les escaliers sans fatigue ; au dynamomètre, il amène 50 de la main gauche et 60 de la droite.

Il ne paraît pas avoir d'asthénie intellectuelle marquée, répondant avec assez de facilité et d'intelligence

aux questions qui lui sont adressées. Il n'a ni rachialgie, ni douleur à l'épigastre et à l'épaule.

L'appareil digestif fonctionne à peu près normalement ; le malade a conservé cependant de ses attaques antérieures de dysenterie une tendance à la diarrhée qui remplace chez lui la constipation ordinaire aux addisoniens.

Le pouls, régulier, bat 72 ; la tension artérielle est légèrement abaissée. L'état du sang ne présente rien de particulier à noter. Le cœur, le foie et la rate sont cliniquement intacts. Le malade ne tousse pas, n'a ni crachats ni soufflement. L'épreuve de la tuberculine a été négative.

En résumé, les symptômes se réduisent presque uniquement à une mélanodermie très accentuée, et celle-ci présente ce caractère anormal d'avoir débuté il y a quelque vingt ans, sans avoir entraîné jusqu'ici d'autres troubles bien manifestes, alors que la maladie évolue ordinairement, comme vous le savez, en l'espace d'un à trois ans. C'est donc un cas remarquable à ce point de vue et qui mérite d'être signalé au passage. Il existe quelques observations analogues. Un auteur américain, Philips, a cité un malade chez lequel la pigmentation fut l'unique symptôme pendant quatorze ans, puis les autres phénomènes apparurent et le malade succomba au bout de six mois ; à l'autopsie, on trouva une atrophie des capsules surrénales et des lésions tuberculeuses dans les poumons. Le hollandais Eijsselsteijn observa un cas où la mélanodermie se montra dix ans avant les autres signes, qui amenèrent rapidement la mort.

Pour expliquer les faits de cet ordre, on peut admettre qu'il existe deux formes dans la maladie : tantôt ce sont les troubles du nutrition qui commencent, alors l'altération de toute l'économie est profonde dès le début de l'affection et la mort survient rapidement, parfois même avant l'apparition de la mélanodermie ; tantôt, au contraire, celle-ci est la première en date, et comme elle ne compromet pas directement l'existence de l'individu on conçoit que la survie puisse être longue. Mais au fond c'est toujours une altération de capsules surrénales ou de leurs nerfs qui est la cause de la maladie.

Nous ne sommes pas actuellement parfaitement renseignés sur la pathogénie. On a invoqué une théorie suivant laquelle les capsules surrénales auraient pour fonction d'élaborer une substance destinée à neutraliser certaines toxines de l'organisme. La suppression de la fonction entraînerait une auto-intoxication. Partant de cette idée, on a enlevé l'organe chez des animaux, et on a pu reproduire chez eux plusieurs des symptômes de la maladie. D'autre part, on a pris le sang des animaux décapsulés, on l'a injecté à des sujets de la même espèce, et ces derniers ont succombé avec des phénomènes d'empoisonnement. M. Chantemesse, dans un ouvrage encore inédit, intitulé : *Les Grands Processus*, résume la question de la façon suivante :

" Les faits expérimentaux constatés chez les ani-

maux qui succombent rapidement ou lentement à l'extirpation des capsules surrénales, les observations cliniques et anatomo-pathologiques faites sur les cadavres d'addisoniens, imposent l'idée que la maladie d'Addison est sous la dépendance d'une intoxication de l'organisme par un poison de nature inconnue qui se répand dans le sang lorsque la fonction des capsules surrénales se trouve suspendue."

D'après le même auteur, la mélanodermie serait sous la dépendance de perturbations vasculo-sanguines.

Nous ne connaissons pas exactement son mécanisme, mais le fait de sa longue durée en l'absence de tout autre trouble notable de l'économie nous semble peu concordant avec l'hypothèse précédente.

Quelle que soit la forme que revête la maladie d'Addison sa terminaison est fatale. On ne connaît qu'un cas unique de guérison, publié par Bécclère, cas dans lequel le malade aurait guéri par l'administration des capsules surrénales de mouton. Je ne rapporte ce fait qu'avec la plus grande réserve.

Néanmoins, nous essaierons chez notre malade ce mode de traitement, consistant à prendre des capsules renfermant 10 à 40 centigr. de capsules surrénales en poudre, en augmentant la dose avec précaution, le médicament ayant des effets toxiques.

(Ind. méd.)

OBSTÉTRIQUE

Indications et conditions d'une application de forceps

Clinique du prof. QUEIREL.

Messieurs,

Après vous avoir fait suivre la progression de la tête fœtale dans l'excavation du bassin, il me paraît opportun d'étudier aujourd'hui avec vous les indications d'une application de forceps sur une femme en travail, et chez laquelle la tête se trouve arrêtée sur le plancher du bassin. La connaissance de ces indications sera des plus utiles ; et, pour les praticiens de l'avenir, qui devront être à même de juger si cette intervention est utile ou même nécessaire ; et, pour les élèves sages-femmes qui doivent savoir appeler le médecin au moment voulu.

Je supposerai éliminées, pour le moment, toutes complications, et les conditions suivantes réalisées : dilatation complète, bassin normal, fœtus de volume moyen, se présentant par le sommet, la rotation effectuée, et la tête appuyant suffisamment sur le périnée.

Vous serez parfois appelés auprès d'une femme chez laquelle le travail, d'abord régulier, s'est peu à peu ralenti, puis définitivement arrêté ; les contractions utérines ne se produisent plus, la femme ne pousse pas.

D'autres fois, au contraire, les contractions persistent, de plus en plus rapprochées, subintrantes même, la femme pousse énergiquement et le fœtus n'avance pas. — Dans le premier cas vous aurez affaire à de l'inertie utérine ; dans le second cas, à une résistance exagérée des parties molles de la mère.

Que faire ? Devrez-vous intervenir systématiquement dans ces deux cas ? — Je vous rappellerai d'abord que l'opérateur en appliquant un forceps se propose un double but : soustraire l'enfant aux dangers qui le menacent, par suite des troubles qui surviennent fréquemment du côté de la circulation utéro-placentaire, et, protéger les parties molles de la femme contre la compression trop prolongée que leur fait subir la tête fœtale. Cette attrition des parties molles prépare la rupture du périnée et l'explique de reste.

Ces deux inconvénients, que l'on cherche à éviter, se trouvent-ils réalisés, dans le cas d'inertie utérine ? — Sachez d'abord, qu'un utérus, n'arrive pas d'emblée à ce dernier état ; mais que les contractions utérines normales au début, s'espacent d'avantage en diminuant progressivement d'intensité, et disparaissent enfin d'une façon complète. Et l'entourage s'étonne et la femme perd courage.

Or le fœtus souffrira-t-il d'un état semblable ? Evidemment non ; la circulation utéro-placentaire n'est en rien troublée ; puisque le travail est suspendu. Le stéthoscope vous en fournit, du reste, la preuve ; appliquez l'instrument sur la paroi abdominale et vous percevez les battements cardiaques avec leurs caractères normaux, c'est-à-dire sans précipitation, ni ralentissement, et leur timbre n'étant nullement assourdi.

Les parties molles de la femme seront-elles davantage exposées ? — Je vous répondrai encore par la négative : le travail se trouvant arrêté, la tête n'est pas trop violemment poussée sur les parties molles : vous n'aurez donc pas de compression trop forte à redouter.

Vous pouvez donc attendre ; mais le conseil est plus facile à donner qu'à suivre, et Pajot avait coutume de dire que dans des cas analogues, ce qu'il y a de plus difficile à faire : c'est de ne rien faire ! Vous serez, en effet, et du côté de la parturiente, et du côté de la famille, vivement sollicité de mettre un terme à cette situation pénible. — Voici, pour ma part, comment je réponds à de semblables instances : rassurez vous, tout va bien, soyez certains que j'ai autant de hâte que vous de finir, vous verrez, du reste, que le moment venu, je saurai intervenir, je ne suis pas manchot !...

Combien de temps devrez-vous prolonger cette attente ? Interrogeons ici les classiques : les uns vous disent deux heures, d'autres trois heures, d'autres quatre ; il n'y a pas en réalité, de règles précises ; ce que je tiens seulement à souligner ici ; c'est que l'expectation est très souvent utile et qu'après une à deux heures d'attente, on peut voir le travail se régulariser, et l'accouchement se terminer par les seules forces de la nature.

J'ajouterai qu'une application de forceps, n'est pas toujours inoffensive et qu'elle peut être le point de départ d'accidents qui s'observent moins fréquemment dans les accouchements naturels : danger de plus d'infection, déchirure possible du périnée ; enfin, ainsi que le montrent les statistiques, mortalité infantile plus grande que dans les accouchements spontanés ; autant de causes qui vous commandent la patience, et ne vous permettent pas d'imiter la conduite de l'ancienne école anglaise, interventionniste au premier chef, prétendant, par une application hâtive de forceps, soustraire la femme à la dépression qu'entraîne un travail prolongé et même à l'infection puerpérale.

Bien différente devra être votre conduite dans le cas de résistance exagérée des parties molles ; ici la femme pousse avec énergie, les contractions utérines persistent, très rapprochées même ; il y a presque un état de tétanisation de l'utérus et si vous reportez au double danger qu'une application de forceps cherche à parer, vous comprendrez bien vite que, dans ces conditions, la mère et l'enfant se trouvent sérieusement exposés. L'enfant est en péril ; puisque ces contractions intenses, violentes, se produisant à chaque instant, apportent des troubles graves dans la circulation placentaire et par suite compromettent l'hématose fœtale. Une auscultation attentive vous montrera que les bruits du cœur, d'abord irréguliers, se ralentissent bientôt, deviennent sourds et finissent par disparaître.

La mère est également exposée : attrition des parties molles produite par une compression violente de la tête fœtale contre le périnée, et surtout décollement prématuré possible du placenta, suivi d'une hémorragie mortelle pour elle et pour son enfant ; tels sont les deux périls qui la menacent et il vous font un devoir d'intervenir sans hésiter.

Je me résumerai en deux mots, messieurs ; ne craignez pas de temporiser dans les cas d'inertie utérine, intervenez au contraire dès que vous aurez constaté une lutte disproportionnée entre les contractions de l'utérus, les efforts de la femme et la résistance des parties molles, surtout si le fœtus manifeste un état de souffrance ; c'est principalement chez les primipares et les primipares âgées, que ces incidents sont d'observation fréquente.

Je n'aurais accompli que la moitié de ma tâche ; si je ne vous indiquais maintenant quelles sont les conditions indispensables d'une application de forceps. Vous me permettrez de les ramener à trois principales :

- 1° Dilatation complète ;
- 2° Membranes rompues ;
- 3° Tête engagée dans l'excavation.

Et d'abord, messieurs, il est de toute évidence que la porte de sortie du fœtus doit être largement ouverte ; je vous rappelle qu'en pareil cas, c'est-à-dire, le col étant complètement dilaté et les membranes rompues, le doigt arrive facilement sur la tête fœtale qu'il peut explorer, et reconnaît nettement le cuir chevelu à la sensation

spéciale qu'il lui fournit. On peut même le voir en écartant les parties génitales.

Lorsqu'un praticien, cédant aux supplications de la parturiente ou de la famille, se décide à appliquer un forceps sur un col incomplètement dilaté, il commet, je ne crains pas de le dire, un acte vraiment criminel ; car il peut occasionner la mort.

Que se passe-t-il en effet dans un cas semblable ? Les branches de l'instrument sont introduites tant bien que mal, et bien souvent, l'introduction ne peut se compléter. Si l'articulation a pu se faire, ce qui est loin d'être fréquent, le col résiste aux tentatives de tractions ; vous désarticulez et l'expulsion du fœtus a lieu quelquefois après naturellement et à votre grande confusion : c'est le cas le plus heureux ; mais il n'en est malheureusement pas toujours de même, le col utérin peut céder, se déchirer et les accidents les plus graves être la conséquence de ce traumatisme, si la déchirure dépasse les culs-de-sacs vaginaux.

Il faut encore, ai-je annoncé, que l'œuf soit bien ouvert pour introduire les cuillers du forceps. C'est en effet la déchirure ou le décollement du placenta, l'hémorragie qui en est la conséquence et l'expulsion en bloc de l'œuf, l'inversion utérine enfin, que vous verrez se produire, si vous ne tenez compte de ce précepte.

Mais, me direz-vous, le col ne se dilate pas, le fœtus souffre, que faire ? La conduite de l'accoucheur est ici des plus délicates : c'est à la dilatation artificielle du col que vous devrez alors avoir recours, et vous avez pour cela des dilateurs spéciaux : celui de Tarnier, le ballon de Champetier, etc., je traiterai ce sujet dans une prochaine leçon ; car dans les cas que nous étudions aujourd'hui, le col est supposé dilaté, la poche percée, puisque nous voyons le cuir chevelu en écartant les grandes lèvres.

Rasori dit, quelque part, que la répétition est la meilleure des figures de rhétorique ; vous me permettrez de l'employer aujourd'hui et de vous rappeler quelques-uns des conseils que je vous ai donnés lors d'une de mes précédentes leçons sur la symphyséotomie.

La dilatation complète du col et la rupture des membranes étaient, il y a quelques années, les deux seules conditions exigées pour une application de forceps : je vous dirai, avec le professeur Pinard, d'en ajouter une troisième, *l'engagement de la tête fœtale*.

Or, nous pouvons voir le cuir chevelu à la vulve et cependant le sommet pourrait ne pas être engagé ! Dans les rétrécissements du bassin, ou, pour généraliser, dans les cas d'obstacle à la descente, le crâne peut rester amorcé ou enclavé, à plus forte raison, au détroit supérieur et la bosse séro-sanguine se gonfler, s'allonger à ce point quelle pourra en imposer pour un engagement. Mais le crâne n'appuie pas sur le plancher du bassin ; puisque, selon le conseil du professeur Farabœuf, vous pourrez toujours, alors, introduire trois doigts de champ, entre la partie dure du crâne et le plancher.

Vous m'avez entendu apprécier, dans une de nos précédentes réunions l'application du forceps au détroit supérieur; je vous rappellerai simplement les inconvénients de son emploi : la prise de la tête fœtale est défectueuse, le forceps dérape souvent, les tractions ne peuvent s'exercer suivant l'axe du bassin; on court le risque, enfin, de compromettre non seulement les parties maternelles, mais surtout la vie de l'enfant qui subit une forte compression.

Le professeur Pajot, a comparé le forceps, ainsi appliqué, à un crayon porte-mine, muni de sa virole, (représentée ici par la ceinture pelvienne); plus les efforts de traction sont énergiques plus la virole resserre les deux branches et écrase la tête fœtale, le professeur Farabœuf a fourni des preuves à l'appui, je n'ai pas besoin d'insister sur la gravité des lésions ainsi produites. Vous n'aurez donc jamais recours, je veux l'espérer, Messieurs, à ces applications du forceps au détroit supérieur, ayant à votre disposition un procédé autrement merveilleux: je veux parler de la symphyséotomie. La réapparition et la généralisation de cette méthode, limiteront donc le cas dont je viens de vous parler, qui sont du reste, dans la pratique, de beaucoup les plus fréquents. C'est pourquoi il faut vous rappeler les préceptes que je viens de vous donner qui doivent être ceux de tout bon et consciencieux praticien.

(Lyon méd.)

THERAPEUTIQUE

Traitement de la dilatation de l'estomac.

1° Le malade prendra à chacun de ses repas un des cachets médicamenteux suivants :

Salicylate de bismuth.....	} 10 gr.
Magnésie anglaise.....	
Bicarbonat de soude.....	

En trente cachets.

2° Prendre le soir, en se couchant, dans un demi verre d'eau une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Follicules de séné passés à l'al-	} 6 gr.
cool, en poudre.....	
Soufre sublimé.....	} 3 gr.
Fenouil en poudre.....	
Anis étoilé en poudre.....	
Crème de tartre pulvérisé.....	
Réglisse en poudre.....	2 gr.
Sucre en poudre.....	8 gr.
	25 gr.

3° Prendre chaque jour une douche froide en jet le long de la colonne vertébrale. La durée de la douche ne dépassera pas 15 secondes (si c'est une dame, on devra doucher les pieds avec de l'eau chaude). Friction sèche énergique, après la douche, avec un gant de crin.

4° Suivre avec rigueur l'hygiène alimentaire sui-

vante : mettre au moins sept heures entre les deux principaux repas. Si le malade fait trois repas par jour le premier aura lieu à sept heures et demie, le deuxième à onze heures et demie et le troisième à sept heures et demie. S'il n'en fait que deux, le premier aura lieu entre dix et onze heures et le deuxième à sept heures; ne jamais manger ni boire entre les repas.

Faire prédominer dans l'alimentation les œufs, les féculents, les légumes verts et les fruits.

a) Les œufs seront très peu cuits (crème).

b) Les féculents seront en purée (purée de pommes de terre, de haricots, de lentilles, revalésçière, cacahout, farine lactée, panades, riz sous toutes les formes, pâtes alimentaires, nouilles, macaroni (fromentine).

c) Les légumes verts seront très cuits; (purée de carottes, de navets, de julienne, de petits pois, salades cuites, épinards).

d) Les fruits seront en compote sauf les fraises et le raisin.

Comme pain, prendre du pain grillé. Repousser de l'alimentation le gibier, le poisson, les mollusques, les crustacés et les fromages faits, ainsi que les aliments trop liquides, et en particulier les soupes liquides.

Prendre, au contraire, des soupes épaisses sous forme bouillies au gruau de blé, de riz, de maïs, d'orge et d'avoine.

Pour les boissons, ne prendre qu'un verre et demi (300 grammes) d'un mélange de vin blanc léger avec de l'eau ordinaire; pas de boissons gazeuses, pas de vin pur, pas de liqueurs.

(J. de méd. de Paris.)

Traitement des vomissements rebelles.

M. Albert Robin rappelle un certain nombre de moyens thérapeutiques utiles à connaître.

Il recommande d'abord la *cure de repos absolu*, dans laquelle il faut cesser toute alimentation, la remplaçant par des lavements qui doivent être *alimentaire, désaltérants*.

M. A. Robin prescrit le lavement alimentaire suivant.

Jaunes d'œufs.....	n° 2.
Solution de peptones.....	2 cuillerées à soupe.
Solution de glucose à 10%.	100 grammes.
Sel marin.....	1 —
Pepsine.....	0gr.50.
Laudanum de Sydenham....	11 gouttes.

Emulsionner le mélange avant de l'employer. On administre un lavement alimentaire toutes les six heures, en le faisant pénétrer aussi loin que possible, à l'aide d'une sonde de Nélaton, le malade étant couché sur le côté. Pendant tout le temps de la cure, le repos au lit est indispensable.

"Pour faire tolérer ces lavements, dit M. A. Robin

il faut évacuer le gros intestin : un lavement de 250 grammes d'eau bouillie, donné une demi-heure avant le lavement alimentaire, remplira cette indication. Ces lavements d'eau bouillie seront en outre des lavements désaltérants ; ils combattront utilement la soif qui tourmente certains malades.

L'amaigrissement pendant cette période doit être tout à fait minime. J'ai vu des malades rester jusqu'à quinze jours privés de toute alimentation, sans perdre plus d'une à deux livres ; la perte la plus forte que j'aie observée était de 2 kil. 800 gr. Je n'irai d'ailleurs pas aussi loin que Tournier (de Lyon), qui dit avoir vu engraisser ses malades.

En général, un repos de trois à quatre jours vous suffira, et vous pourrez ensuite reprendre graduellement l'alimentation."

Si ce premier moyen a échoué ou n'a pu être employé pour des raisons quelconques, on peut placer un *vésicatoire volant* sur l'épigastre ; au bout de quelques heures, on soulève la cloque qui s'est formée et on pense avec gr. 0.10 de poudre d'opium brut. C'est un moyen qui réussit très bien, notamment dans les vomissements de la fièvre typhoïde.

Si le vésicatoire ne peut être employé on prescrira alors, en même temps que le régime lacté absolu, une potion à la picrotoxine ainsi formulée :

Picrotoxine..... 0gr05.
Alcool. Q. s. pour dissoudre.

Ajouter à cette teinture :

Chlorhydrate de morphine. 0gr05.
Sulfate d'atropine..... 0gr01.
Ergotine..... 1 gramme.
Eau de laurier cerise..... 12 —

Filtrer. Cinq gouttes avant les prises de lait. Ne pas dépasser en tout vingt-cinq gouttes dans la journée, car la picrotoxine est un alcaloïde extrêmement toxique.

Il faut recommander de prendre le lait très lentement, par cuillerées à soupe. Joindre à tout cela les paquets de saturation à la magnésie et la craie préparée, s'il y a des douleurs gastriques.

Un autre moyen fort bon consiste à faire respirer de l'*oxygène*. Ces inhalations ont été préconisées par Pinard dans les vomissements incoercibles de la grossesse ; on ignore comment elles agissent.

Si l'on ajoute à ces procédés les lavages de l'estomac, les frictions classiques de Rivière, Haen, Hufeland, etc., on verra que le praticien est loin d'être désarmé.

(Bull. gén. de thér. — Gaz. des hop.)

XIVe Congrès International de médecine.

Les travaux préparatoires du XIVe Congrès International de Médecine ont commencé. Le Comité Exécutif a été constitué ainsi qu'il suit : *Président* : Prof. Julian Calléja y Sanchez, *Secrétaire général* : Dr Angel Fernandez-Caro y Nouvilas, *Trésorier* : Dr José Gomez y Ocona, *Membres* : Les Présidents et Secrétaires des Sections.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT.

Art. 1. Le XIVe Congrès International de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le Roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903. — La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril. Le but de ce Congrès est exclusivement scientifique.

Art. 3. Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas. Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat Général (Faculté de médecine, Madrid), lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective ; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. 9. Le Congrès sera divisé dans les sections suivantes :

- I. Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).
- II. Physiologie, Physique et Chimie biologiques.
- III. Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.
- IV. Thérapeutique, Pharmacologie et Matière médicale.
- V. Pathologie interne.
- VI. Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.
- VII. Pédiatrie.
- VIII. Dermatologie et Syphiligraphie.
- IX. Chirurgie et Opérations chirurgiques.
- X. Ophthalmologie.
- XI. Otologie, Rhinologie et Laryngologie.
- XII. Odontologie.
- XIII. Obstétrique et Gynécologie.
- XIV. Médecine et Hygiène militaire et navale.
- XV. Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire zoologique.
- XVI. Médecine légale.

Art. complémentaire. Les dames appartenant aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des Membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le paiement de 12 pesetas par personne.

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES DIVISIONS DE LA VOUTE PALATINE.

par M. le Dr TRUMAN W. BROPHY (Chicago).

Doyen du Collège dentaire de Chicago ; Chirurgien dentiste au Presbyterian Hospital et professeur de Pathologie dentaire au Rush Medical College.

Conférence donnée à la Société Dentaire de Toronto.

(Suite.)

Fig. 16, 17, 18. Ce sont des empreintes en plâtre de Paris, qui ne manqueront pas de convaincre ceux qui ne

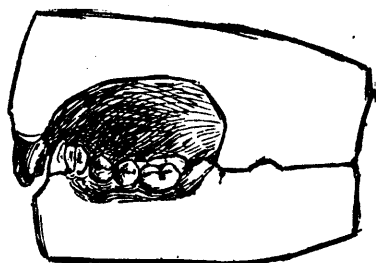


Fig. 16.

le sont pas encore, de la nécessité de l'opération. Ces empreintes ont été moulées sur la bouche d'un garçon de 12 ans. Les incisives supérieures avancent sur les in-

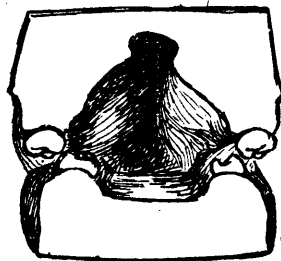


Fig. 17.

férieures. Les dents du maxillaire inférieur ne sont pas même visibles. L'opération a réussi à corriger ce défaut comme on peut s'en convaincre par le dernier moulage. La fig. 18 prouve que le rapprochement forcé des surfaces osseuses n'est pas suivie de déformation du maxillaire. On peut s'en assurer en faisant la mensuration du carré pointillé et celle du palais.

Fig. 19. C'est la photographie d'un enfant de six mois qui avait une division congénitale du palais. Du côté droit on voit aussi un bec de lièvre.

D'après les observations du Dr Brophy le bec de

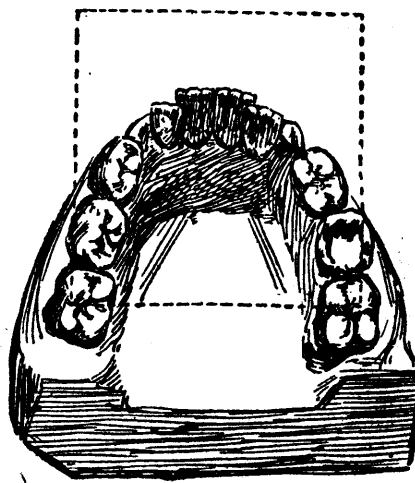


Fig. 18.

lièvre se trouverait du côté gauche de la lèvre dans 80% des cas.

Fig. 20. Montre l'état de la bouche de l'enfant une semaine après l'opération. Les plaques de plomb sont encore visibles, mais la fissure est complètement fermée dans toute son étendue. Cette division palatine était une des plus considérables que le Dr Brophy eut vue.

Fig. 21. Montre l'empreinte de la bouche du même enfant, avant et après l'opération. Quatre sutures métalliques au lieu de deux ont été employées.

Fig. 22. Ce portrait est celui d'un enfant porteur d'une division énorme du palais ; le vomer est complètement détaché de chaque côté ; la partie médiane du maxillaire projette beaucoup en avant. La première opération fut



Fig. 19.

l'occlusion du palais dur, la seconde, la correction du déplacement de la portion intermaxillaire. Il ne faut pas faire l'excision de cette portion du maxillaire, elle doit servir à combler un vide.

Fig. 23. Fait voir en forme de V la partie osseuse qu'il a fallu exciser pour y refouler la portion intermé-

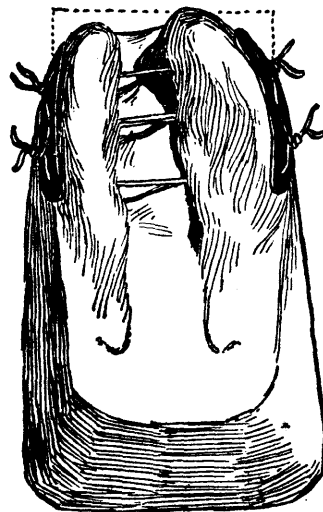


Fig. 20.

diaire du maxillaire, et cette dernière maintenue en place par une suture métallique.

Fig. 24. La petite fille dont vous voyez la photographie était présentée à la réunion de l'Association Dentaire

Américaine, tenue à Niagara Falls en 1898. Quand elle fit son apparition un monsieur se leva et lui demanda de prononcer le mot "Kingsley" — Les lettres K et G, sont difficiles à prononcer pour une personne qui a une division du palais. — La petite fille prononça distinctement et d'une voix assez élevée pour être entendue d'un bout



R. P. V. G. e

Fig 21.

à l'autre de la salle "Kingsley". "Ça été la réponse à la critique que le Dr Kingsley avait fait de ma méthode."

Le Dr. A. Primrose, de l'université de Toronto, ouvre la discussion, après avoir félicité et remercié le Dr Brophy.

Le Dr Primrose ne vit aucune prise à la critique dans tout ce qui avait été dit, et il ne lui restait qu'à comparer les résultats du Dr Brophy avec ceux de Wolf, de

Berlin, qui avait opéré 296 cas avec une mortalité de 10,6%, tandis que le Dr Brophy n'avait qu'une mortalité de moins de 1/2 pour cent. Ces chiffres sont assez éloquents pour se dispenser de commentaires. Les statistiques du Dr Wolf, comprennent des opérés de tout âge. La mortalité est moins grande chez les très jeunes enfants.

Le Dr Primrose termine ces remarques par une dé-

monstration seulement le nombre des opérations faites sur des enfants en dessous de six mois. Le nombre total de ses opérations pour divisions palatines atteint le chiffre de six cent cinq.

Les sons articulés comportent une question des plus sérieuses. Il n'était pas préparé à dire pourquoi des personnes avec un bon palais, avaient une prononciation



Fig. 22.

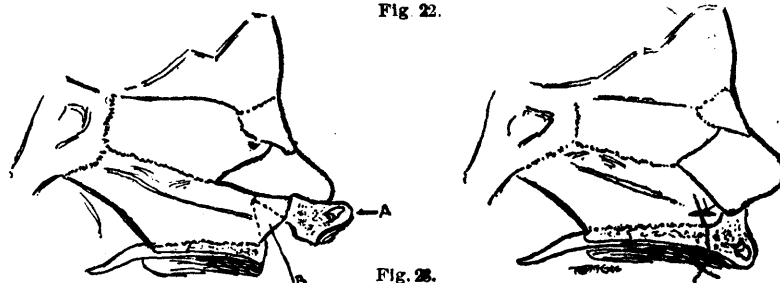


Fig. 23.

A, Portion osseuse intermaxillaire, proéminente, avec formation des incisives supérieures, B, Incision en forme de V dans le vomer.

monstration, au tableau, des conditions anatomiques toujours présentes dans ces déformations.

Le Dr Laughlin parle dans les mêmes termes à peu près et dit en terminant que les résultats phonétiques avaient laissé à désirer, mais que par la méthode du Dr Brophy, appliquée dès le premier âge, ils étaient maintenant assurés.

Le Dr Brophy en réplique, dit qu'il avait men-

taillé une prononciation défectueuse, tandis que d'autres avec un palais défectueux avaient une bonne prononciation. L'éducation phonétique est une grande chose. Le Dr Brophy donne la préférence aux plaques de plomb parcequ'elles se moule mieux sur les parties qu'elles recouvrent.

C'est en assistant à une opération du Dr Sayer, dans la clinique de New-York, que le Dr Brophy eut l'idée de transpercer les os et d'en maintenir l'affrontement forcé

au moyen de sutures. Le Dr Brophy réalisa son projet 12 ans plus tard.

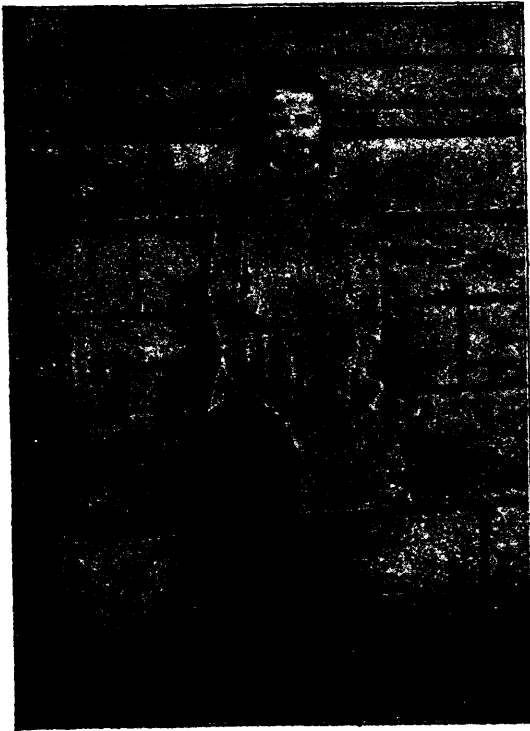


Fig. 24.

La réunion se continua à l'hôpital des Enfants Malades, où le Dr Brophy fit la démonstration de sa méthode sur le vivant, un patient du Dr N. A. Powell.

Revue des journaux

MEDECINE

Le foie mobile.

par M. SOUPAULT.

Symptômes. — C'est par l'étude des *signes objectifs* que nous commencerons l'exposé des symptômes : eux seuls sont vraiment caractéristiques, les troubles subjectifs étant variables et inconstants.

La PALPATION est le mode d'exploration qui donne les résultats les plus précieux. Elle devra se faire suivant différents procédés.

La méthode de palpation classique, sur laquelle il est inutile d'insister, permet d'étudier les foies qui débordent largement les fausses côtes.

M. Mathieu emploie ce qu'il appelle la *palpation respiratoire*. Voici en quoi elle consiste : " On se place

à droite du malade, à la hauteur de sa tête, puis les bras passant par dessus le thorax, on enfonce légèrement l'extrémité des doigts des deux mains réunis en ligne, à quelque distance en dessous du rebord des fausses côtes, en déprimant la paroi abdominale, ni trop, ni trop peu. On remonte ainsi en cherchant à accrocher avec l'extrémités des doigts légèrement infléchis en crochet toute saillie sous-jacente à la paroi. Les doigts vont à la rencontre du bord du foie. En engageant le malade à faire des mouvements respiratoires assez amples, sans raidir trop les parois de l'abdomen, on peut faire que le foie vienne à la rencontre des doigts. Ceux-ci en s'immobilisant peuvent attendre que le foie vienne les heurter." On arrive facilement à déterminer ainsi les faibles changements de position du foie et l'étendue de la mobilité de l'organe sous l'influence de la respiration.

M. Clénard a décrit, sous le nom de *procédé du pouce* une méthode qui a pour but de rechercher le bord inférieur du foie et de la crête de ce bord, lorsque leur perception échappe aux modes classiques d'investigation. " Avec les quatre derniers doigts de la main gauche juxtaposés appliqués dans la région lombaire, on soulève la région lombaire droite ; avec le pouce gauche, dont la pulpe est tournée en haut, on déprime la paroi antérieure du flanc droit au-dessous du siège présumé du bord du foie ; la main droite déprime la paroi antérieure de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite par leur partie la plus déclive pour refouler du côté de l'hypochondre droit, sous le foie, la masse intestinale ; enfin les mains étant solidement en place, on commande au malade un mouvement de profonde inspiration, et, pendant ce mouvement, on glisse la pulpe du pouce gauche de bas en haut et d'arrière en avant. Lorsque le foie est déplacé, on le sent descendre en avant du pouce qui fait sauter très nettement son bord tranchant." Ce procédé, d'après son auteur, permettrait de révéler les ptoses les plus légères et d'éviter les erreurs de diagnostic dont les autres méthodes d'exploration se rendent souvent coupables.

Nous avons obtenu personnellement de très bons résultats en palpant le foie des malades dans le décubitus latéral droit, les jambes et les cuisses demi-fléchies. Le relâchement du ventre est dans cette position plus aisément obtenue ; et le foie plus facilement accessible.

Disons aussi que la palpation bimanuelle doit être employée de façon à éviter de confondre l'hépatoptose et la néphroptose.

Enfin, l'examen et la palpation du sujet, dans la station debout, fourniront aussi des indications utiles.

Si l'on emploie successivement les différentes méthodes d'exploration, on voit qu'il existe bien des variétés de foie mobile. Les cas typiques, pendant longtemps les seuls connus, sont faciles à diagnostiquer. En mettant la main sur l'abdomen dans la région de l'hypochondre droit, on trouve une masse de consistance ferme, élastique, à surface lisse et dont on peut assez facilement dé-

limiter le bord antéro inférieur. Si, comme il arrive souvent, le ventre est flasque, on peut, en enfongant les doigts, saisir pour ainsi dire, la partie inférieure de l'organe entre le pouce et les autres doigts et en percevoir facilement tous les accidents. On doit en rechercher la sensibilité, la consistance, la forme, l'épaisseur. Beaucoup d'observateurs insistent sur la possibilité de sentir l'incisure que le foie présente à sa partie moyenne et qui donne passage au cordon de la veine ombilicale. Quelquefois même on peut sentir, à droite de cette incisure, une petite saillie rénitente, qui est le fond de la vésicule biliaire. Il va de soi que, selon les variétés de foie mobile ce bord est plus ou moins irrégulier et sinueux. Son épaisseur est d'ailleurs faible ; il donne d'ordinaire la sensation d'une arête mince. Cette minceur du bord du foie est, pour Glénard, très importante à constater. Quand on ne le constate pas, c'est, ou bien que le foie est hypertrophié, altéré (et pour cet auteur il ne mérite pas de faire partie de la maladie du foie mobile, conclusion que nous avons rejetée plus haut) ; c'est encore que l'organe qu'on a sous la main n'est pas le foie.

Le palper permet aussi de constater le signe capital pathognomonique, *la mobilité de l'organe*. Sa position se modifie soit par la pression de la main, soit par les différentes attitudes, soit par les mouvements respiratoires.

La mobilisation par le palper est la plus fréquemment observée ; elle est constante. Les auteurs insistent surtout sur *la mobilité verticale*. Les malades étant dans le décubitus dorsal, on peut refouler l'organe plus ou moins complètement sous les fausses côtes. On dit alors que le foie est réductible. Cette mobilisation verticale se fait ou directement en haut ou bien de droite à gauche, ou bien de gauche à droite. Dans beaucoup de cas, elle est très étendue, le foie pouvant être totalement ramené sous les fausses côtes. On a alors affaire au *foie totalement mobile*, autrement dit à l'abaissement du foie en masse. Elle manque, au contraire, ou est de faible étendue dans le *foie partiellement mobile* de Terrier et Auvray (*foie à lobe flottant*).

La mobilisation latérale est moins constante. Il est rare qu'un foie complètement réductible sous les côtes, se laisse déplacer latéralement dans une notable étendue. Au contraire, on trouve fréquemment un ballottement latéral, prononcé lorsque l'organe est ou peu mobile verticalement. Dans ces conditions, il indique l'existence d'un foie à lobe flottant.

La mobilité antéro-postérieure est constante. En effet, en déprimant brusquement la paroi abdominale avec la pulpe des doigts, on peut refouler facilement en arrière le foie qui revient ensuite en avant frapper la paroi abdominale, oscillant ainsi autour d'un axe transversal. De même, si l'on emploie le procédé du pouce de Glénard, on peut facilement pousser l'organe d'arrière en avant. Ce ballottement antéro-postérieur est quelquefois assez marqué pour que le foie vienne prendre contact

avec la région lombaire, d'où il peut être renvoyé en avant donnant l'illusion d'un rein déplacé. Ce symptôme est expressément noté dans plusieurs observations. Il est vrai que la coïncidence fréquente, mais non constante, de la néphroptose et de l'hépatoptose fait qu'il est difficile de savoir si c'est au rein ou au foie qu'il faut attribuer ce phénomène. Quoi qu'il en soit, il est bien souvent noté et bien plus marqué dans les observations de foie à lobe flottant.

La mobilité du foie dans les différentes attitudes est notée dans d'assez nombreux cas. Si l'on trace successivement dans la station debout, et dans le décubitus dorsal, le niveau qu'atteint le bord inférieur de l'organe sur la paroi abdominale, on trouve entre les deux tracés un espace souvent considérable. Si on fait successivement asseoir et coucher le malade sur son lit, on peut voir le foie se réduire de lui-même sous les fausses côtes. La mobilité latérale dans le décubitus gauche est plus rarement signalée.

La mobilité respiratoire existe dans presque tous les cas d'hépatoptose. Elle est plus facile à noter dans la position horizontale que dans la station debout, car le foie, est dans cette dernière situation, en contact moins intime avec le diaphragme. Lorsque le prolapsus du foie est très marqué, le phénomène est des plus nets ; il suffit de mettre la main sur l'abdomen pour le percevoir. Dans les cas moins accentués, il est nécessaire d'user de la technique conseillée par Mathieu ou du procédé de Glénard. Rappelons que pour ces deux auteurs un foie caché sous les fausses côtes pendant l'expiration et qu'on peut sentir pendant l'inspiration, doit être considéré comme un foie ptosé.

Quand la palpation fait croire à l'existence d'un foie mobile, on doit confirmer ces données par la recherche des conditions de *percussion*.

On peut à cet égard rencontrer plusieurs séries de faits. Dans les cas typiques (foie totalement mobile, hépatoptose) la limite supérieure de la matité hépatique est abaissée plus ou moins fortement. A l'état normal, on sait que la matité *thoracique* du foie s'étend sur une hauteur de 10 centimètres environ au niveau de la ligne axillaire, de 5 ou 6 au niveau de la ligne mammaire. Lorsque le foie est ptosé, cette matité thoracique diminue plus ou moins selon le degré de ptose, en même temps que la matité abdominale, qui normalement n'existe pas, s'étend plus ou moins bas. Dans les cas extrêmes, la matité thoracique n'existe plus, et même au delà du rebord des fausses côtes, le son pulmonaire peut être immédiatement remplacé par la tympanite intestinale. Pour retrouver la matité hépatique, il faut descendre de plusieurs centimètres, parfois très bas jusque dans la fosse iliaque, au niveau du pan de l'ombilic. La matité hépatique peut manquer complètement, ce qui s'explique par ce fait que des anses intestinales se glissent entre la paroi abdominale et le foie refoulé vers la profondeur.

Parallèlement à l'abaissement du bord supérieur on trouve la limite inférieure descendue tantôt débordant légèrement les fausses côtes, tantôt au voisinage de la crête iliaque. Enfin, pour éviter les erreurs de diagnostic si fréquentes dans l'histoire du foie mobile, il faut avoir soin de bien constater que la limite supérieure et la limite inférieure de l'organe sont reliées par une zone continue de matité.

Les signes de percussion que nous venons de signaler, sont ceux de l'hépatoptose totale. Ils ne se retrouvent pas dans toutes les formes du foie mobile.

Les foies à lobe flottant ont un bord inférieur mobile, abaissés à des degrés divers tandis que la limite supérieure thoracique reste normalement située ; la partie mobile est reliée à la masse du foie par une zone continue de matité.

Cependant la distinction n'est pas toujours aussi tranchée entre les deux variétés. Nous avons, chez plusieurs malades constatés pendant la vie des signes cliniques de foies à lobe flottant, alors que l'autopsie nous a montré l'existence de foies totalement mobiles mais présentant une déformation d'ensemble très marquée, pour la description de laquelle nous renvoyons le lecteur au chapitre de l'Anatomie pathologique.

Cette variété de foie totalement mobile par déformation ne nous paraît pas rare ; pourtant, nous n'en avons pas trouvé mention dans les observations publiées. Seul, M. Mathieu y fait une courte allusion dans son récent *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*. M. Glénard dit bien que tout foie ptosé est un foie déformé, mais je n'ai pu trouver dans son compendieux *Traité des ptoses visérales* de description anatomique, et il m'a semblé comprendre que c'est *a priori*, en s'appuyant sur des constatations cliniques toujours sujettes à caution plutôt qu'en faisant état de faits anatomiques précis, qu'il admet la déformation du foie dans la maladie du foie mobile.

Après qu'on aura examiné le foie on aura soin d'explorer les autres organes de l'abdomen, le rein, l'estomac, l'intestin, la rate. On trouvera souvent ces organes ptosés, abaissés. La coïncidence du rein mobile et du foie mobile est notée par tous les auteurs. Dans les degrés avancés de l'affection, il est rare qu'elle manque. Elle est plus fréquente dans la ptose totale que dans le foie à lobe flottant. Si on insuffle l'estomac on peut nettement juger de sa position. On trouve d'ordinaire la grande courbure débordant l'ombilic et la ligne costo-ombilicale dans une étendue variable. La palpation permet de percevoir la corde colique en différents points du trajet du gros intestin. Enfin Landau a insisté sur la fréquence des vices de position de l'utérus, anté ou rétro-version, anté ou rétro-flexion, prolapsus, etc.

L'inspection du thorax et de l'abdomen mérite d'être faite avec grand soin. Certains auteurs ont signalé une étroitesse particulière de la base du thorax, et un resserrement marqué de l'angle xiphoidien.

Pour Hayem, l'hépatoptose vraie, le prolapsus du foie s'observe de préférence chez les individus ayant un thorax large, à angle xiphoidien large, à capacité thoracique considérable ; au contraire, les thorax longs, à angle xiphoidien aigu, à périmètre inférieur étroit, favoriseraient la déformation du foie et souvent la formation d'un lobe flottant par compression de la partie moyenne du foie au niveau des dernières côtes. Dans les observations qui nous sont personnelles nous avons observé tous les types de thorax et nous n'avons pu établir aucune relation entre l'état du squelette et celui du foie.

Les parois abdominales sont aussi dans un état très différent suivant les cas. Tantôt, surtout chez les hommes mais aussi chez beaucoup de femmes elles sont résistantes, ne présentant aucune lésion ni de la peau, ni des parties molles sous-jacentes ; tantôt, au contraire, on constate un amincissement et une flaccidité extrêmes de la paroi abdominale : la peau est ridée, fanée, a perdu son élasticité, est parsemée de vergetures ; les parties sous-jacentes sont flasques, amincies ; souvent il existe de l'éventration par écartement des muscles droits de l'abdomen.

En outre, le ventre est déformé, asymétrique ; il bombe à droite, et cette voussure s'accuse si on regarde l'abdomen à jour frisant. Dans la station verticale, on voit cette déformation s'accroître. De plus, comme les viscères abdominaux sont, en même temps que le foie, ptosés, ils font pression contre la partie inférieure sous-ombilicale de la paroi abdominale qui bombe, tandis que la partie supérieure, sus-ombilicale, est moins saillante, aplatie même. Il en résulte un aspect spécial du ventre, simulant la forme d'une outre. Lorsque les parois ont perdu leur résistance, les intestins la refoulent devant eux et, exagérant la disposition précédemment décrite, la font tomber au-devant du pubis, jusqu'à la racine des cuisses. On a alors l'aspect décrit par Landau sous le nom de VENTRE PENDANT.

Glénard insiste sur l'aspect que présente parfois l'ombilic, qui peut être masqué par un repli cutané dû aux tractions que le foie déplacé exerce de haut en bas dans le sens antéro-postérieur par l'intermédiaire du ligament suspenseur sur l'ombilic.

Il est bon de faire observer que ces altérations des parois abdominales sont exceptionnelles dans le foie à lobe flottant, bien plus fréquents au contraire dans l'hépatoptose totale.

(à suivre)

Le diagnostic précoce de la péritonite tuberculeuse chronique chez les enfants.

Le diagnostic de la péritonite tuberculeuse chronique est parfois fort difficile, alors même que les parois abdominales sont déjà déformées et qu'il existe des indurations ; il l'est, à plus forte raison, au début de l'affection. Or, à cette période précoce, on trouve souvent d'après

M. A. Kissel, médecin de l'Hôpital pour enfants de Sainte, Olga, à Moscou (*Vratch*, 19 et 26 mai 1901), un signe particulier permettant de dépister la péritonite tuberculeuse. C'est l'épaississement du péritoine que l'on perçoit en soulevant et en pinçant entre deux doigts un pli des parois abdominales, phénomène que l'on ne constate jamais dans les cas d'ascite due à des causes autres que la tuberculose. Notre confrère eut maintes fois l'occasion de vérifier la valeur diagnostique de ce signe à l'occasion d'interventions opératoires ou au cours d'autopsies.

Parmi les autres symptômes d'importance secondaire, mais qui peuvent cependant aider à reconnaître la péritonite tuberculeuse au début, M. Kissel signale surtout l'épanchement pleurétique se manifestant par de la matité avec affaiblissement du murmure respiratoire au-dessous d'une des omoplates (il faut alors procéder à une ponction exploratrice), la mycropolyadénite des régions latérales du cou, et les tuméfactions ganglionnaires de la partie inférieure du bras, lesquelles paraissent affecter également un rapport spécial avec l'infection tuberculeuse.

(*Gaz. méd. belge.*)

La cocaïne contre les douleurs du cancer de l'estomac par le Dr DIEULAFOY.

Chlorhydrate de cocaïne, 0,03, chlorhydrate de morphine 0,01, eau de chaux 100; toutes les heures une cuillerée à café dans une cuillerée à bouche de lait glacée. En outre, vessie de glace sur l'épigastre. Dès le lendemain, l'on peut quelquefois augmenter la dose de lait.

(*Lyon méd.*)

Sterilisation simple et rapide des sondes en gomme. par le Dr HERMAN.

Il s'agit d'une solution saturée de sulfate d'ammonium bouillante, dans laquelle on trempe la sonde pendant 3 à 5 minutes. Elsbery a déjà proposé cette solution pour stériliser le catgut. Avant le cathétérisme la sonde est enduite de vaseline.

(*Sem. méd.*)

La spermine contre la neurasthénie et autres affections.

La spermine a été employée dans les états suivants :
1. *Etats d'inanition.* D'après *Poehl*, l'anémie, la tuberculose pulmonaire, la convalescence après la fièvre typhoïde, le marasme des vieillards, les accouchements prématurés et les maladies de la peau, appartiennent à

cette classe. Dans l'anémie, *de Hirsch* recommande l'usage combiné de la spermine et du fer, et cela aussi dans les cas où le fer seul n'a pas antérieurement donné de succès. Dans la tuberculose pulmonaire, la spermine n'exerce pas une influence remarquable sur le nombre des bacilles, ni sur les phénomènes locaux dans le tissu pulmonaire mais elle a, par contre, un effet décidément favorable sur la nutrition, et diminue considérablement l'intensité des sueurs nocturnes. — 2. *Les altérations du métabolisme*, telles que la diathèse uratique, le scorbut, le diabète sucré, le rachitisme. Etant donné le fait que l'alcalinescence du sang est abaissée dans la diathèse uratique aussi bien que dans le scorbut — la preuve pour la diminution de l'alcalinescence sanguine dans le scorbut avait été fournie par *de Jaksch*, en 1889 — les conclusions théoriques devaient déjà nous conduire à supposer que la spermine peut exercer une influence favorable sur les affections en question. Dans le diabète sucré, c'est particulièrement l'état général qu'on peut améliorer par la spermine. Un cas de rachitisme qui avait résisté à la médication ordinaire guérit rapidement. — 3. *Maladies du système nerveux.* Les névroses fonctionnelles (la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée), aussi bien que les lésions organiques du système nerveux central et périphérique (le tabes, les paralysies, la névrite, etc). Dans cette classe d'affections, il est particulièrement à noter l'influence excessivement favorable qu'un grand nombre de médecins ont pu obtenir avec la spermine dans les neurasthénies, et en partie aussi dans les neurasthénies graves. — 4. *Maladies du cœur, des poumons et des reins.* Dans cette classe de maladies, les observateurs vantent l'influence favorable de la spermine sur la faiblesse du cœur. — 5. *Intoxications*, soit par des poisons non organisés, tels que le chloroforme, l'oxyde de charbon, etc., soit par des poisons organisés, (syphilis, érysipèle, choléra asiatique). Il y a de nombreuses communications relatives à l'influence favorable des injections de spermine dans le choléra asiatique.

Max Salomon a particulièrement essayé la spermine dans la neurasthénie, qu'il appelle une vraie "crux medicorum," et, avant de communiquer ses expériences à ce sujet, il donne quelques détails relatifs aux préparations de la spermine et sur le mode de leur usage. La spermine est introduite dans l'organisme, soit par la bouche, soit par des injections sous-cutanées. L'administration par la bouche est à recommander dans les cas où nous voulons obtenir un effet lent, comme par exemple, dans les maladies des reins, pour éviter un afflux trop rapide des leucocytaires qui sont sécrétées par ces organes; il en est de même quant au diabète glyco-urique (où l'on désire protéger la peau contre des irritations traumatiques. *Poehl* a préparé pour ces cas le sel double de chlorure de spermine et de sodium dans une solution alcoolique aromatisée à 4 %. On prend 2 à 3 fois par jour 20 à 30 gouttes de cette essence dans une eau minérale alcaline chaude. Pour les injections sous-

outanées, on se sert d'une solution stérilisée à 5 % qui est conservée dans des ampoules de verre hermétiquement fermées. Le contenu d'un flacon suffit pour en remplir une seringue de Pravaz. Les injections se font dans les extrémités ou à côté de la colonne vertébrale.

Max Salomon a donné la description des deux cas de neurasthénie grave qu'il a traités avec la spermine, et fait remarquer à ce sujet que d'autres auteurs, comme *Ewald, Eulenbury, Furbringer, Mendel et Senator* se sont, en effet, prononcés d'une manière favorable quant à l'efficacité de la spermine dans la neurasthénie grave.

(*Journ. de méd. de Paris*).

GYNECOLOGIE

Indication de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de fibrome.

par M. RICHELLOT.

M'étant trouvé récemment en présence d'un cas de cancer du col assez avancé, avec envahissement du cul-de-sac postérieur et de la paroi postérieure du vagin je fis la laparotomie et tombai sur un utérus augmenté du volume que je pensai pouvoir être gravidé. Après avoir hésité à l'enlever, espérant pouvoir circonscrire le mal, je fis l'amputation supra-vaginale, puis l'ablation du col et de la moitié de la paroi vaginale ; je suis à peu près certain d'avoir fait une opération complète. J'estime donc qu'on a le droit d'hésiter en présence de cas semblables.

Quant à l'intervention dans la grossesse compliquée de fibromes, je ne suis plus du tout de l'opinion exprimée par M. Varnier dans la dernière séance. Je pense que le fibrome est une tumeur dite bénigne, qui est curable ; la tumeur une fois enlevée, la femme sera guérie, ce qui n'existait pas pour le cancer et pouvait permettre l'hésitation. Je considère une femme possédant un utérus gravidé fibromateux et menacée d'accidents, comme en état de légitime défense. Elle est en effet exposée, en ce qui concerne l'évolution de sa grossesse, aux présentations vicieuses, à l'accouchement prématuré, aux métrorrhagies ; elle est sous le coup d'accidents de torsion de cet utérus fibromateux, d'accidents de rétroversion, d'accroissement rapide de la tumeur. Au moment du travail, il peut y avoir obstacle au passage de l'enfant et, après l'expulsion du fœtus, des hémorrhagies graves par défaut de rétraction de l'utérus.

D'ailleurs, le fibrome du col empêche quelquefois de faire le diagnostic de la grossesse, masquant le ramollissement du col, empêchant de sentir l'utérus gravidé ou des parties fœtales. On donne, cependant, trois signes devant permettre de faire ce diagnostic : le ramolli-

ment du col, la coloration violacée de la vulve et du vagin, et l'absence de métrorrhagies.

Au sujet de la conduite à tenir, je pense qu'en présence des accidents dont est menacée la femme, il y a lieu de sacrifier une grossesse problématique à une intervention sûre. Contre les cas où l'on a la main forcée par des accidents et devant lesquels personne n'hésite à intervenir, il en est d'autres où l'on a tout lieu de craindre un danger prochain. Tous les cas de M. Varnier se rapportent à des femmes qui étaient à Baudelocque, bien surveillées, et chez lesquelles on pouvait intervenir dès que se montrerait un accident ; mais toutes les femmes ne sont pas dans ces conditions et on ne peut toujours savoir quand un accident surviendra.

De plus, il s'agit, dans les cas de M. Varnier, de femmes entrées dans son service d'accouchement pour grossesse, le fibrome étant relégué au second plan. Les femmes que nous observons, dans nos services de chirurgie, ont, au contraire, des symptômes de fibromes prédominants, la grossesse étant accessoire.

Je crois donc qu'on peut éviter des accidents graves en opérant, que l'on doit prévoir le danger et agir préventivement : il s'agit alors d'une intervention, non pas obstétricale, qui donnerait un enfant non viable, mais d'une intervention chirurgicale ; on a proposé l'énucléation des fibromes en laissant l'utérus, mais la myomectomie abdominale ne donne réellement de bons résultats qu'en dehors de la gestation. Les statistiques de l'opération de Porro et de la césarienne ne sont pas favorables. C'est donc à l'hystérectomie abdominale totale que je donne la préférence. C'est, d'ailleurs, à la même opération que j'aurai recours lorsque je serai appelé à intervenir au début du travail.

(*Indep. méd.*)

DERMATOLOGIE

Traitement du lupus par les caustiques et les injections de substances modificatrices.

Ce traitement n'est pas le traitement de choix du lupus, il ne vaut pas les cautérisations, les scarifications, le raclage, la méthode de Finser ou la cure radicale, mais il est utile de le connaître, car il peut se trouver telle ou telle circonstance où l'on soit obligé d'y avoir recours.

Unna a préconisé une pâte bacillicide ainsi constituée.

Acide salicylique.....	} à à 2 grammes
Chlorure d'antimoine liquide.....	
Créosote.....	} à à 4 —
Extrait de chanvre indien.....	
Adeps lance.....	8 —

Après cocaïnisation, on dépose cette pâte sur la sur-

face malade, avec une spatule, en recouvre d'un emplâtre à l'oxyde de zinc et on renouvelle la cautérisation au bout de 48 heures.

Lorsque le lupus est scléreux et résiste énergiquement, on ramollit le tissu conjonctif qui entoure les lupomes au moyen de caustiques alcalins :

Potasse caustique.....	} àà
Chaux éteinte.....	
Savon noir.....	
Eau distillée.....	

Cette méthode s'applique aux lupus en surface, mais, pour les foyers profonds, on tamponne les lupomes avec des petites tiges de bois pointues trempées dans le chlorure d'antimoine liquide pendant un quart d'heure. On les fait tourner comme une vrille, jusqu'à 2 ou 3 millimètres de profondeur, on coupe au ras de la peau avec des ciseaux, et on laisse en place en recouvrant d'emplâtre mercuriel. Ces pointes tombent spontanément au bout de 2 jours. On reprend ensuite la potasse. Ce traitement qui donne de bons résultats est douloureux.

Kaczanowski cité par le Dr Darbois (*Traitement du lupus suivant les indications, Th. Paris 1901*) a préconisé l'application du permanganate de potasse en poudre ; M. Balzor, après scarifications, saupoudre avec :

Permanganate de potasse.....	1 gramme
Talc.....	5 —

M. Hallopeau applique sur les surfaces ulcérées une compresse imbibée de solution de permanganate de potasse au 1/50.

Le chlorure de zinc, l'acide lactique, le nitrate d'argent, ont également leurs partisans.

(*Journ. des pr. a.*)

THERAPEUTIQUE

Le chloroforme en potions.

L'emploi du chloroforme à l'intérieur est surtout utile contre les gastralgies de toutes sortes. Il a une propriété analgésique très marquée, il empêche les vomissements, et a de plus, une action antifermentescible très grande quand la gastralgie résulte d'une digestion difficile. Voici les formules que l'on peut employer :

1° Eau chloroforme saturée.....	150 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.....	50 —
Eau.....	100 —

ou bien :

2° Eau chloroformée saturée....	80 grammes.
Eau de menthe.....	20 —
Sirop d'opium.....	50 —

Une cuillerée à dessert tous les quarts d'heure (de Beurmann).

Ces formules sont très recommandables, car l'eau chloroformée pure a l'inconvénient de produire une sensation de brûlure quelquefois assez vive chez des personnes dont la muqueuse œsophagienne et stomacale présente un degré assez accentué d'hyperesthésie. L'action de l'eau chloroformée est rapide et passagère. On peut y adjoindre une certaine quantité de morphine, de cocaïne, d'élixir parégorique ou de codéine.

M. Mathieu formule ainsi la solution de codéine :

Codéine.....	0 gr. 20
Eau de laurier cerise.....	25 grammes.
Eau distillée	75 —
Eau chloroformée saturée ...	100 —

Les Anglais et les Américains emploient très fréquemment comme calmant de l'estomac des solutions différentes, de compositions très complexe, connues sous le nom de chlorodyne. Voici en quoi, d'après Soulier, consistent ces formules :

Chloroforme	120 grammes.
Ether.....	30 —
Alcool.....	120 —
Mélasse.....	120 —
Extrait de réglisse.....	75 —
Chlorhydrate de morphine..	0 gr. 50
Essence de menthe.....	XVI gouttes.
Sirop.....	530 grammes.
Acide cyanhydrique dilué...	60 —

Dissoudre le chlorhydrate de morphine et l'essence dans l'alcool, ajouter le chloroforme et l'éther ; d'autre part, dissoudre l'extrait de réglisse dans le sirop ; ajouter la mélasse, joindre les deux solutions, ajiter et ajouter l'acide cyanhydrique.

La dose à employer est de V à XV gouttes.

Gilman donnait la seconde formule suivante :

Chloroforme purifié.....	8 grammes
Glycérine.....	} àà 60 —
Alcool rectifié.....	
Acide cyanhydrique dilué....	8 —
Teinture de capsicum.	8 —
Chlorhydrate de morphine...	0 gr. 50
Sirop.....	90 grammes

Une cuillerée à café pour un adulte.

Les propriétés sédatives des chlorodynes ne sont pas douteuses, d'après M. Mathieu.

La formule suivante est classique contre les vomissements avec tendance nauséuse :

Chloroforme.....	} àà 5 grammes
Teinture d'iode.....	

V gouttes sur un morceau de sucre deux fois par jour à chaque repas.

Dans les fortes crises de gastralgie, M. Soupault n'hésite pas à avoir recours à l'eau chloroformée associée soit à la cocaïne, soit à l'eau mentholée. On pourra ainsi formuler :

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 05
 Eau chloroformée saturée. } à 50 grammes
 Eau distillée..... }

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

ou bien :

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 05
 Menthol..... 0 — 10
 Alcool..... Q.S. pour dissoudre.
 Eau chloroformée saturée. } à 75 grammes
 Eau de fleurs d'oranger.... }

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Telles sont les principaux modes d'administration du chloroforme en potions, dont les indications sont fréquentes et pour ainsi dire quotidiennes.

(*Jour. des prat.*)

HYGIÈNE

Hygiène et pathologie de l'allaitement.

par M. le Dr H. DE ROTHSCHILD.

L'allaitement au sein. — Le choix d'une nourrice.

Messieurs,

Depuis quelques années, la première enfance précocupe, d'une façon toute spéciale, les hygiénistes et les accoucheurs. La mortalité des enfants du premier âge est considérable et, étant donné que le nombre des naissances n'augmente, pour ainsi dire pas, on essaye de remédier au mal en protégeant les nouveau-nés et en s'efforçant de les conserver à la vie. La mortalité s'élève dans certaines localités (départements du Nord et du Pas-de-Calais) jusqu'à 60 0/0, chez les enfants âgés de moins d'un an. C'est pendant la période où l'enfant ne prend que du lait, lait de la mère ou lait d'un animal domestique susceptible de remplacer le lait maternel, que la mortalité est la plus grande. Les décès sont imputables surtout aux accidents du tube digestif et, plus particulièrement, à cette affection, si grave, souvent épidémique, que l'on nomme gastro-entérite ou choléra infantile.

La chimie biologique et la bactériologie ont démontré que les affections qui déciment les nourrissons sont d'origine microbienne et peuvent de ce fait, être évitées, dans la plupart des cas. De même que la bactériologie a renouvelé la thérapeutique générale, de même elle a modifié l'hygiène et la pathologie de la première enfance (période d'allaitement). Grâce aux travaux de M. le Pr Budin, en France, de MM. les Prs Soxhlet, Backhaus, Görtener, Heubner, Baginski, etc., en Allemagne et en Autriche, la plupart des questions qui se rapportent à l'hygiène et à l'alimentation des nourrissons ont été étu-

diées et réglementées. Aussi doit-on considérer l'allaitement comme une branche de l'hygiène à laquelle le médecin, en général, et l'accoucheur, en particulier, doivent s'intéresser tout spécialement pour ne plus en laisser la direction à des sages-femmes ou à des matrones ignorantes et négligentes.

L'hygiène et la réglementation scientifique de l'alimentation des nouveau-nés doivent être considérées aujourd'hui comme une science d'un intérêt capital, tant au point de vue médical proprement dit qu'au point de vue social. Protéger l'enfant contre les maladies du premier âge, c'est lutter contre la dépopulation du pays, c'est-à-dire, travailler utilement pour le bien de ses semblables et pour la patrie.

"L'allaitement est le mode d'alimentation propre au nouveau né," a dit Jacquémier; mais bien qu'il soit une fonction essentiellement naturelle, beaucoup de mères ou de nourrices commettent encore, en allaitant, des fautes graves, souvent irréparables, qui déterminent des troubles digestifs chez le nourrisson, troubles auxquels on peut attribuer le plus grand nombre des décès chez les enfants du premier âge. C'est précisément parce que, pendant longtemps, l'alimentation des nouveau-nés a été mal comprise et mal réglée que l'hygiène moderne s'en est emparée pour la réglementer d'une façon rationnelle et scientifique.

Il y a trois modes d'alimentation pour le nouveau-né : 1° L'allaitement naturel (allaitement au sein) ; 2° l'allaitement mixte (sein et biberon) ; 3° l'allaitement artificiel (exclusivement au biberon). Chacune de ces trois méthodes a ses indications, ses contre indications et ses règles particulières.

Nous devons les étudier séparément et en détail.

L'allaitement au sein peut être pratiqué soit par la mère, soit par une bonne nourrice. Avant d'examiner la technique de l'allaitement au sein : quantité de lait que doit prendre l'enfant, nombre et durée des tétées, il convient de vous exposer l'hygiène à laquelle doit se soumettre la femme qui veut nourrir.

Une femme ne peut être bonne nourrice si elle ne prend pas quelques soins, quelques précautions hygiéniques pendant les derniers mois qui précèdent l'accouchement. La femme qui veut devenir nourrice doit alors se soumettre : 1° à une alimentation régulière et suffisamment abondante, en ayant soin de veiller au bon fonctionnement du tube digestif, 2° à une hygiène rationnelle, en ne se fatiguant ni moralement, ni physiquement, en habitant des locaux spacieux et aérés, de façon à se trouver dans les meilleures conditions possibles au moment de l'accouchement.

Aussi, en ces derniers temps, a-t-on créé, grâce à l'initiative privée et à la charité publique, des refuges-ouvriers pour les femmes enceintes. Ces établissements hospitalisent, pendant les derniers mois de la grossesse, des femmes pauvres, dans le but de leur permettre de mettre au monde des enfants bien constitués qu'elles

pourront nourrir avec un lait suffisamment riche et abondant.

D'autre part, la future nourrice doit prendre pendant le dernier mois de la grossesse, certaines précautions. C'est ainsi qu'elle doit protéger ses seins contre toute lésion, quelque légère qu'elle puisse être, afin de prévenir dans la suite des crevasses douloureuses ou des abcès du sein pouvant nécessiter, à un moment donné, l'interruption de l'allaitement. La femme qui veut nourrir doit faire pendant sa grossesse, des lotions sur le bout des seins avec des solutions astringentes telles que : eau de vie, teinture d'arnica, eau de Cologne.

Certains auteurs ont conseillé de préparer le bout des seins par la succion exercée soit par un enfant, soit par un adulte. Mais ces pratiques sont dangereuses et peuvent donner lieu à des accidents de contagion. Le Pr Fournier a signalé de véritables épidémies de syphilis dues à la succion des mamelons par des matrones se donnant comme spécialistes pour le traitement des seins des femmes enceintes et des nouvelles accouchées. Mais ces précautions et ces soins pris par la femme dans les derniers mois de la grossesse sont-ils suffisants pour lui permettre, sitôt après l'accouchement, de devenir bonne nourrice ? Dans ces derniers temps, la question a été fort discutée et les avis ont été partagés. Certains auteurs ont affirmé que toute femme peut nourrir l'enfant qu'elle a mis au monde, qu'elle a toujours assez de lait pour l'alimenter suffisamment. En vérité, on ne doit pas être trop exclusif. Si un grand nombre de femmes renoncent à allaiter leurs enfants alors qu'elles pourraient être nourrices, et même de bonnes nourrices, il y en a d'autres qui ne peuvent nourrir elles-mêmes.

Certaines femmes ont des seins mal conformés, des mamelons trop courts, ou rétractés, ne permettant pas à l'enfant de les prendre pour têter. Par suite de soins insuffisants ou de tétées trop prolongées, les seins peuvent devenir le siège de gerçures et de crevasses apparaissant au niveau du mamelon et pouvant aboutir, par la douleur qu'elles occasionnent, à mettre la mère dans l'impossibilité de poursuivre l'allaitement. Il n'est pas rare non plus de voir des femmes présenter des seins atrophiés, avec des glandes insuffisantes, sécrétant trop peu ou pas de lait. Enfin, mettant à part les femmes atteintes d'affections chroniques (tuberculeuses, nerveuses, etc.) ; il en est qui accouchent dans le cours d'une maladie contagieuse ou fébrile : à celles là, il est rigoureusement interdit de donner le sein, dans l'intérêt de l'enfant et dans celui de la mère, l'enfant pouvant, par un contact prolongé avec la mère, contracter l'affection dont celle-ci est atteinte, la mère ayant besoin pour se rétablir d'un repos absolu et de grands ménagements, incompatibles avec l'allaitement. Si la mère ne peut allaiter elle-même, le mieux est de confier l'enfant à une nourrice au sein.

Il y a deux espèces de nourrices : les nourrices sur lieu et les nourrices externes ou à distance. Les pre-

mières restent dans la maison des parents du nouveau né et sont constamment surveillées par eux. Dans ce cas, si la nourrice est bonne, l'allaitement mercenaire peut valoir l'allaitement maternel, parfois même il lui est préférable. Il n'en est pas de même quand les enfants sont envoyés en nourrice à la campagne, loin des parents, parce qu'alors la surveillance manque complètement. Les frais de voyage sont, le plus souvent, si considérables qu'il est matériellement impossible à la mère de se transporter auprès de son enfant pour se rendre compte des soins qui lui sont donnés. De là, l'incurie et la négligence qui règnent dans certains villages, véritables nourriceries d'enfants venus des grandes villes, et, par suite, l'effroyable mortalité qui décime les enfants de la classe ouvrière.

Une nourrice doit avoir certaines qualités essentielles qui permettent d'espérer qu'elle sera une bonne nourrice et que l'enfant se trouvera bien du lait qu'elle lui donnera. Elle devra être âgée de 20 à 30 ans environ, être d'une constitution robuste et ne présenter aucun signe de maladie acquise ou héréditaire. Autant que possible, elle sera d'un caractère doux et placide, mais cependant active et intelligente de façon à pouvoir soigner avec zèle et tact l'enfant qui lui est confié. Il faut qu'elle soit accouchée depuis deux ou trois mois, au moins, afin d'être complètement remise de ses couches et qu'on puisse se rendre compte, par l'état de prospérité de son nourrisson, de la qualité et de l'abondance de son lait. Quant à l'âge du lait, il est préférable de donner au nouveau-né un lait de deux à six mois, cependant, d'après un certain nombre d'auteurs, un lait vieux de 8 à 15 mois peut donner de très bons résultats et être parfaitement digéré par le nouveau-né ; on a vu des nourrices qui, après avoir terminé la nourriture d'un enfant, en avaient repris un autre qu'elles avaient allaité avec succès. On doit préférer, en général, une nourrice qui a fait ses preuves, c'est à dire qui a déjà allaité un enfant. De la sorte, on peut être plus certain qu'elle est expérimentée, bien constituée, et qu'elle a un lait de bonne qualité, suffisamment abondant.

Avant d'être engagée, la nourrice doit être examinée au point de vue "général" et au point de vue "local". Au point de vue général, on doit porter son attention sur la coloration du visage, sur l'état des dents, sur la conformation des membres et du tronc et sur l'état du cœur et des poumons. Il est indispensable que la nourrice ait de bonnes dents ; d'abord, c'est l'indice d'un état général satisfaisant, puis c'est une garantie pour l'alimentation et la digestion, deux conditions auxquelles sont intimement liées la sécrétion laiteuse et la qualité du lait. On devra examiner de très près toutes cicatrices du cou et du corps, afin de se rendre bien compte qu'il n'y a pas de lésions syphilitiques anciennes ou récentes. Enfin, on doit examiner le cœur et les poumons pour vérifier s'il n'y a pas de lésion cardiaques ou tuberculeuses.

L'examen local comprend l'examen des deux seins. Il devra porter : 1° sur la glande ; 2° sur le mamelon. D'une façon générale, si la glande est volumineuse, le lait sera abondant ; mais il ne faut pas confondre la glande avec le sein lui-même qui peut être chargé de graisse et ne posséder que peu de tissu glandulaire. Les seins des bonnes nourrices sont généralement sillonnés de veines bleuâtres, indices de l'activité de la circulation. Quant au mamelon, il ne doit être ni trop gros, ni trop petit, ni trop court, pour que l'enfant puisse le prendre facilement et qu'il n'échappe pas de sa bouche. Il ne faut pas qu'il soit ombiliqué, c'est-à-dire rentrant, ni remplacé par une petite cupule. Il faut qu'il soit percé d'un nombre suffisant d'orifices pour que le lait puisse sortir facilement et qu'en pressant la base du mamelon le liquide jaillisse en gerbe.

Nous aurons à revenir sur la quantité de lait que doit prendre un enfant à chaque tétée, et, en totalité, dans les 24 heures. Pour permettre à l'enfant de prendre la ration lactée qui est indispensable à son développement normal, il faut que la nourrice puisse lui donner de 1,200 à 1,300 grs. de lait par jour et de 70 à 135 grs. à chaque tétée. Une bonne nourrice donne en moyenne de 900 à 1,300 grammes de lait par jour. Mais, pour peu qu'elle soit entraînée, c'est-à-dire forcée de donner le sein à plusieurs enfants à la fois, elle peut fournir des quantités de lait bien supérieures. C'est ainsi que certaines nourrices du service des débiles à la Maternité, qui sont appelées à allaiter trois ou quatre enfants débiles, ont pu produire 1,900, 2,000 et 2,200 grammes de lait par jour (Dr Dudin). Seule la comparaison de deux pesées bien effectuées, l'une avant et l'autre après chaque tétée, permet de constater la quantité du lait prise.

Malgré les soins apportés dans le choix de la nourrice, celle-ci peut n'être pas bonne ou ne pas convenir au nourrisson qu'elle doit allaiter en raison de la qualité de son lait. On doit alors, dans le plus bref délai, pourvoir à son remplacement. Jadis, la chose pouvait présenter quelques difficultés : on ne trouvait pas de suite une nouvelle nourrice ; parfois même la première perdait totalement son lait, ou s'en allait avant qu'il eût été possible de pourvoir à son remplacement. Aujourd'hui le changement de nourrice est devenu chose plus facile, grâce à l'emploi du lait stérilisé, administré temporairement dans certaines conditions.

Une femme qui est enceinte doit-elle cesser d'allaiter ? Les auteurs, jusqu'à ces dernières années, ont été d'avis qu'il fallait suspendre l'allaitement. L'observation a souvent démontré, cependant, le peu d'influence qu'une nouvelle grossesse avait sur le lait de la mère ou de la nourrice quand la grossesse évoluait normalement. Il faudra donc réagir contre ce préjugé trop répandu qu'une femme enceinte ne doit plus allaiter. Toutefois, une femme qui supporte mal sa grossesse devra suspendre l'allaitement ; si elle dort mal, si elle a des troubles nerveux, si elle est

albuminurique, etc., il faudra qu'elle cesse de donner le sein. Une opinion aussi très répandue dans le monde, et surtout dans la classe ouvrière, est qu'une femme qui a ses règles ne doit plus continuer à allaiter. Le plus souvent, le retour de la menstruation n'a qu'une très légère influence sur la santé du nourrisson. Cependant on observe parfois, chez les nourrissons qui sont allaités par des femmes ayant leurs règles, de légers troubles digestifs, un peu de diarrhée et une diminution de poids coïncidant avec les époques menstruelles. Si ces troubles durent trop longtemps, si la santé de l'enfant en souffre réellement, l'interruption de l'allaitement s'impose et l'on doit alors recourir à une autre nourrice ou à l'allaitement artificiel.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'en matière d'allaitement comme en toutes choses, on ne doit pas être trop affirmatif. Assurer d'avance qu'une femme peut allaiter parce qu'elle va mettre un enfant au monde est un absolutisme que l'expérience et la clinique n'ont pu admettre et, bien que l'on ait dit que le lait de la mère appartient à l'enfant, il faut encore que ce lait soit en quantité et de qualité suffisantes. On doit donc favoriser autant que possible et encourager de toutes ses forces l'allaitement au sein par la mère ou par la nourrice et ne pas renoncer d'emblée à l'allaitement maternel. On devra réglementer, d'une façon rigoureusement scientifique, le nombre et la durée des tétées et la quantité de lait prise à chaque tétée, afin d'éviter la suralimentation qui est le point de départ des accidents gastro-intestinaux, chroniques ou aigus, dont je vous ai déjà signalé la gravité.

(Le Progrès méd.)

FORMULAIRE

Emulsion d'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue.....	140 grammes.
Sirop simple.....	60 —
Eau de fleurs d'oranger.....	40 —
Fucus crispus.....	5 —
Eau distillée.....	q. s.
Essence d'amande amères...	(V gouttes.

Mettez dans un flacon l'essence d'amandes amères, le sirop et l'eau de fleurs d'oranger.

D'autre part, faites bouillir le fucus dans l'eau pendant vingt minutes, pour obtenir 220 grammes de décocté ; passez avec expression à travers une toile, faites réduire au bain-marie le liquide à 160 grammes et versez-le bouillant sur les autres matières.

Agitez pendant cinq minutes, puis de temps en temps jusqu'à refroidissement.

Cette préparation renferme un tiers de son poids d'huile de foie de morue.

N.-B. — En remplaçant le sirop simple par la glycérine, on assure la conservation.

On peut ajouter aussi 4 grammes d'hypophosphite de chaux.

(Gaz. des hôp.)

Travaux Originaux

LES SINUSITES (SUPPURATION DES CAVITÉS DE LA FACE.)

par M. le Dr R. BOULET.

Oculiste et auriste de l'Institut Ophthalmique.

Deux façons d'envisager l'étude de ces suppurations : l'une d'après le tableau symptomatique, l'autre d'après les caractères du pus contenu dans l'intérieur de ces cavités. C'est la première que nous choisirons, la considérant plus pratique et essentielle à connaître avant d'aborder l'étude de la seconde.

Anatomie : 6 cavités : 3 chaque côté ; le sinus maxillaire, le sinus frontal et le sinus sphénoïdal.

Le sinus frontal n'existe pas chez l'enfant avant l'âge de 8 à 10 ans.

Le sinus sphénoïdale rarement avant 18 ans.

Le sinus maxillaire existe dès la naissance, cependant, la sinusité maxillaire est rare chez les enfants.

SINUSITES AIGUES. — Sinusite maxillaire et frontale :

C'est le plus souvent avec le catarrhe nasal aigu, au cours d'une grippe ou, à l'occasion pour le sinus maxillaire, d'une affection dentaire que naissent et se développent ces sinusites.

C'est le phénomène douleur qui domine. Cette douleur peut être localisée au sinus malade, mais aussi elle peut envahir toute la face et même toute la tête.

Du côté des fosses nasales, les symptômes sont ceux du coryza aigu. Aucun écoulement d'abord, mais quand le gonflement de la muqueuse qui obstrue l'orifice des sinus a cessé il se produit un écoulement citrin plus ou moins abondant.

Dans bien des cas, ces sinusites ne réclament aucun traitement particulier et guérissent avec le coryza qui les a engendrées.

Dans d'autres, elles demandent, pour être tarées une série de lavages. Enfin si elles ne sont pas soignées ou malgré les lavages elles peuvent passer à l'état chronique.

Sinusite sphénoïdale aiguë : Très difficile à diagnostiquer. Aucun cas typique n'a encore été publié.

SINUSITES CHRONIQUES. — *Signes subjectifs* :

1° Écoulement du pus par le nez ;

2° Cacosmie ;

3° Douleur.

C'est certainement le symptôme douleur qui manque le plus souvent dans les cas chroniques.

Examen objectif. — La rhinoscopie antérieure fait apercevoir le pus dans le méat moyen.

La rhinoscopie postérieure pourra faire soupçonner la possibilité d'une infection sinusienne en décelant la présence du pus à la partie supérieure des choanes. Ce dernier examen a encore davantage de l'importance dans la recherche de la sinusite sphénoïdale.

Cinq procédés ont été imaginés qui permettent de s'assurer de la présence du pus dans le sinus maxillaire.

1° Le signe de Fränkel :

Consiste à faire pencher la tête du malade en avant et en bas pendant quelques minutes, afin de permettre au pus contenu dans la cavité maxillaire de s'écouler en dehors par l'orifice naturel, qui est situé à l'extrémité supérieure de la cavité.

2° Éclairage par transparence, signe de Hering, basée sur la translucidité des os de la face à l'état normal, une lampe électrique de 8 à 10 volts étant placée dans la bouche après avoir fait l'obscurité complète de la pièce.

3° Ponction exploratrice du sinus par le méat inférieure.

4° Signe de Davidson : Si pus dans un des sinus, la pupille située du côté correspondant reste obscure.

5° Signe de Garel : le malade ayant les yeux fermés perçoit la lumière seulement du côté sain.

Ces deux derniers signes sont des compléments à celui de l'éclairage par transparence de la face.

Sinusite frontale chronique. — Le diagnostic se fait par exclusion : Du pus existant dans le méat moyen, si l'éclairage montre les joues et les pupilles également lumineuses le frontal devient forcément suspect.

Vohnsen a appliqué au sinus frontal le procédé d'éclairage par transparence. En plaçant la lampe électrique, de 8 à 10 volts, alternativement de chaque côté de l'arcade sous orbitaire.

Lubet-Barlow a proposé l'éclairage médio frontal.

Sinusite sphénoïdale chronique. — La sinusite sphénoïdale chronique est beaucoup plus fréquente que l'on ne l'a cru jusqu'ici. Elle reconnaît pour cause prédisposante sa situation anatomique, et pour causes déterminantes, les maladies infectieuses : la grippe, les corps étrangers, les traumatismes, etc., la syphilis, la tuberculose.

Les symptômes principaux sont : écoulement de pus quelquefois par le nez, mais plus souvent par le

pharynx nasal, une céphalalgie profonde sourde. On a observé aussi du vertige, des troubles psychiques, des troubles oculaires. L'état général du malade est souvent assez mauvais.

Les symptômes objectifs principaux sont : la vue du pus sortant d'ostium du sinus, mais cette constatation est rarement possible.

Plus souvent on peut apercevoir par la rhinoscopie postérieure le pus, quelquefois sous forme de croûtes, parti du bord supérieur de la choane et s'étalant sur toute la voute du pharynx nasal.

La rhinoscopie antérieure pourra vous permettre de déceler la présence du pus ou croûte dans la fente olfactive, souvent ce pus coule le long du septum.

Parmi les moyens d'exploration à notre service, notons :

- 1° Exploration avec le stylet boutonné.
- 2° Le cathétérisme.
- 3° La résection du cornet moyen qui mettra à jour l'ostium du sinus.

Les complications de la sinusite sphénoïdale portent du côté des méninges et de l'encéphale.

Bien des malades ont succombé à une infection intra-cranienne dont l'origine n'a pu être reconnue, qui l'aurait été par un examen méticuleux de leurs sinus sphénoïdaux. L'infection se fait alors souvent, soit par voie veineuse, soit par voie lymphatique.

Traitement :

Sinusite aiguë maxillaire et frontale :

Traitement de la maladie causale. Antisepsie des fosses nasales, aspiration de vapeurs mentholées par le nez.

Cocaïne dans les fosses nasales afin de favoriser le dégonflement de la muqueuse des orifices sinusiens. Compresses chaudes sur la région. Ablation de dents cariées qui auraient pu être cause de sinusite maxillaire.

Si ce traitement est insuffisant il faudra penser à ouvrir les sinus pour y faire des lavages antiseptiques. Le sinus frontal par la voie externe, le sinus maxillaire par la voie alvéolaire.

Avant de faire l'ouverture externe du sinus frontal, on pourra tenter de faire des lavages par la voie nasale après avoir fait sauter la partie antérieure du cornet moyen.

Traitement des sinusites chroniques.

Sinus maxillaire : pour les pusillanimes et pour ceux qui veulent tenter l'essai d'une méthode qui réussit quelquefois : ouverture du sinus par l'alvéole de la 2e

petite molaire, placement d'une canule et lavage antiseptique, répété 2 fois par jour.

Comme méthode de cure radicale : Procédé de Feldwell-Luc.

Sinusite chronique frontale : Après l'essai de 1 à 2 mois de lavages par voie intra-nasale, il faut avoir recours à la cure radicale d'après le procédé de Ogston-Luc.

Sinusite sphénoïdale : Si les lavages et les cautérisations par voies nasales sont possibles on pourra s'en contenter, du moins pour quelque temps, mais devant une affection tenace du sinus sphénoïdal il ne faudra pas craindre d'employer le moyen le plus énergique et le plus sûr, l'opération de cure radicale par le procédé dit Jansen-Luc Furet.

Revue des journaux

MEDECINE

Le foie mobile.

par M. SOUPAULT.

(Suite.)

SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Ils sont des plus variables.

Quelquefois les malades ne ressentent aucun trouble subjectif et c'est par hasard, en s'habillant, en attachant leurs vêtements, qu'ils s'aperçoivent d'une *grosseur* dans l'abdomen. Mais plus souvent la maladie s'accuse par divers symptômes.

Il est rare que les phénomènes éclatent d'une façon aiguë. Cependant on a pu en relever quelques observations. A la suite d'une chute ou d'un effort violent, ou à la suite de quintes de coqueluche, les malades éprouvent dans le côté droit une sensation brusque de déchirement, de torsion, avec vives douleurs dans l'abdomen et la poitrine, respiration difficile, nausées, phénomènes de suffocation. Il y a tendance aux syncopes ; le pouls est précipité, petit, arythmique ; les malades sont en proie à une grande agitation nerveuse.

Ces cas de *luxation traumatique du foie*, comme les appelle Létienne, sont rares. Le plus souvent la maladie se développe insidieusement.

Les *phénomènes douloureux* sont de beaucoup les plus fréquents. Tantôt ils consistent en une sensation de gêne, de pesanteur abdominale, surtout marquée du côté droit et s'accompagnant de tiraillements au creux épigastrique, dans les reins, dans le bas-ventre. Ces troubles, plus pénibles que douloureux, s'exagèrent par la station debout, la

marche, les efforts, tandis qu'ils s'atténuent très nettement dans le décubitus dorsal. Si en se plaçant derrière les malades on soulève avec les deux mains la partie inférieure de l'abdomen, on leur procure un grand soulagement : le port d'une ceinture bien faite est suivi du même résultat. Il est plus rare que les malades accusent la sensation d'un corps qui se décroche ou qui ballote dans le côté droit de leur ventre.

Parfois les douleurs sont plus aiguës, il existe comme une sorte de point de côté abdominal s'exaspérant par la marche, qui devient souvent très difficile. On se croit en présence d'une colique hépatique fruste. De l'hypochondre droit, les douleurs peuvent irradier en différentes directions, dans les reins, les flancs, l'omoplate droite, ou bien descendre dans les aines, et la partie supérieure des cuisses. Ces douleurs aiguës peuvent se montrer sous forme de crises, alternant ou non avec de simples sensations de pesanteur.

Des troubles digestifs variés viennent souvent compliquer la scène morbide. Le plus habituellement, les malades présentent le tableau de la dyspepsie asthénique avec pesanteur et gonflement de l'estomac après leurs repas, sensation d'étouffement, palpitations, bouffées de chaleur à la figure, tous phénomènes qu'on peut aussi bien attribuer à l'entéroptose concomitante qu'à l'hépatose même. Plus rarement on observe des gastralgies violentes, des vomissements répétés, nauséux ou douloureux, des flatulences fréquentes et répétées. Il n'est pas très rare d'observer, comme dans le rein déplacé, de véritables crises gastriques très analogues à celles du tabes. Chez une malade observée avec le professeur Terrier, nous avons pu constater tous les signes fonctionnels et physiques (stase gastrique à jeun) de la sténose pylorique. Ces phénomènes ont disparu par une hépatopexie et la malade qui, avant l'opération, était dans l'impossibilité absolue de se nourrir et dépérissait de jour en jour, vit, après l'intervention, tous troubles digestifs disparaître et son poids remonter de 10 kilogs en moins de quatre mois.

La constipation opiniâtre, avec ou sans entérite muco-membraneuse et sable intestinal, fait partie du tableau de la maladie, mais elle est plutôt due à l'entéroptose, et au spasme intestinal qui l'accompagne, qu'au déplacement du foie lui-même.

Exceptionnellement on a cité l'ictère dû à une occlusion du canal cholédoque, l'ascite due à une difficulté de la circulation dans la veine porte, l'œdème des jambes peut-être dû, comme le pense Faure, à une occlusion de la veine cave amenant des troubles de la circulation veineuse de la partie inférieure du corps.

Enfin on trouve signalée l'existence de phénomènes rarissimes et dont la pathogénie est difficile à expliquer : fréquence des mictions, albuminurie, pertes blanches abondantes, métrorragies, purpuras. Ce sont probablement de pures coïncidences.

Mais nous devons particulièrement insister sur les

troubles névropathiques qu'on rencontre chez presque tous les malades atteints de foie mobile, et qui sont d'ailleurs ceux-là même qu'on rencontre dans la néphroptose et l'entéroptose. Ils ont le caractère des stigmates de neurasthénie. Céphalée en casque avec ou sans vertiges, troubles oculaires, bourdonnements d'oreille, clou à la nuque, plaque sacrée, fourmillement et refroidissement des extrémités, fatigues du matin. Ce sont aussi des palpitations, des bouffées de chaleur, des vertiges, des troubles oculaires et même des crises spasmodiques rappelant plus ou moins les crises d'hystérie, enfin une série de troubles sensitifs et moteurs très variés dont nous pourrions sans intérêt indéfiniment allonger la liste. Signalons pourtant tout spécialement les troubles mentaux, les phobies de toutes les variétés, l'hypocondrie qui conduit souvent les malades à la morphinomanie. Sans doute la neurasthénie, avec tout son cortège de maux, n'est pas créée de toutes pièces par l'hépatopexie et l'entéroptose qui lui est associée, mais elle est une cause provocatrice très puissante chez les prédisposés.

Pour M. Glénard les conséquences de l'hépatopexie sont beaucoup plus considérables. Pour lui, cet état morbide, très fréquent puisqu'il l'a retrouvé chez 20 p. 100 des sujets atteints de maladies de la nutrition, serait l'indice d'une altération (non cirrhotique) dans la structure et les fonctions de la glande hépatique. Les troubles de la nutrition et la viciation des humeurs qui en résulteraient, engendreraient tout le groupe des maladies par ralentissement de la nutrition qu'on a l'habitude de ranger dans le cadre de l'arthritisme. Aussi l'auteur propose-t-il de remplacer ce terme par celui d'hépatisme. Nous nous contenterons de citer cette opinion sans la discuter. Faisons seulement observer que nous voulons surtout dans cette Revue étudier les formes accentuées du foie mobile dans la symptomatologie desquelles les troubles arthritiques tiennent une place secondaire, tandis que M. Glénard, pour établir sa théorie, s'est surtout appliqué à rechercher par son procédé du pouce les poses et les déformations peu prononcées de la glande hépatique qui échappent à nos moyens d'investigation habituels et qui sont en somme plus rapprochées des précédentes dans la théorie que dans la pratique.

Diagnostic. — Il repose uniquement sur la constatation des signes physiques. On peut considérer comme presque pathognomonique l'ensemble symptomatique suivant : présence dans la partie droite de l'abdomen d'une tumeur plus ou moins volumineuse, mobile à la palpation et dont la matité fait nettement suite à la matité hépatique. Comme signes confirmatifs surtout utiles dans les cas peu prononcés, on peut y ajouter la mobilité respiratoire recherchée par le procédé de Mathieu et le signe considéré par Glénard comme essentiel : arête vive sur le bord inférieur de la tumeur suspecte qu'on constate facilement par le procédé du pouce.

Le diagnostic du foie mobile est, en somme, assez facile ; si les erreurs auxquelles donne lieu cette affection

sont si fréquentes, c'est parce qu'elle est mal connue et qu'on n'y pense pas. Sur 14 cas où la fixation du foie a été pratiquée, 9 fois on avait méconnu le foie mobile avant l'ouverture du ventre. D'après Glénard, sur 20 cas où la vérification du diagnostic a pu être faite par l'ouverture du ventre, dans 35 p. 100 des cas il y a eu erreur de localisation, celle-ci ayant été placée dans un autre organe que le foie.

L'erreur contraire, consistant à prendre pour un foie mobile une tumeur abdominale d'une autre nature, a été plus rarement commise. Cependant, elle s'est produite assez souvent pour que certains auteurs tel que Landau aient pu, sur 32 cas publiés en 1885, relever 8 erreurs de diagnostic et que Glénard, après étude de 80 cas publiés jusqu'en 1900, n'admette que 42 cas authentiques ; il est vrai qu'il élimine du cadre de l'hépatoptose les foies mobiles qui sont le siège d'altérations anatomiques importantes.

Le foie déplacé a été confondu avec la plupart des tumeurs qu'on rencontre dans la cavité abdominale.

L'hépatoptose totale ou foie totalement mobile dans lequel la tumeur abdominale est de volume considérable, où la mobilité en masse de l'organe est facilement perceptible ; où la matité normale de l'hypocondre droit a fait place à de la sonorité est aisément reconnaissable ; tandis que le foie à lobe flottant, où la masse hépatique principale a gardé sa position normale et où les dimensions de la tumeur flottante sont plus réduites, prête à de plus fréquentes erreurs.

L'hépatoptose totale sera difficilement confondue avec les diverses variétés d'hypertrophies du foie, où l'organe n'est pas mobilisable par la palpation, où la matité hépatique remonte plus haut que normalement dans le thorax, refoulant les fausses côtes et faisant saillir la partie supérieure de l'abdomen. Cependant, lorsque l'hépatoptose est peu prononcée, elle peut être prise pour une hypertrophie légère si on n'a pas soin de rechercher minutieusement les signes classiques et de mesurer les dimensions du foie.

Une des erreurs les plus fréquemment commises est celle qui consiste à prendre le foie mobile pour le rein mobile : les troubles fonctionnels d'une part, presque absolument identiques, la même sensation de tumeur mobile [dans la fosse iliaque sont communes aux deux affections. Les caractères fondamentaux de l'hépatoptose totale la différencient suffisamment. Mais le foie partiellement mobile a des caractères moins tranchés. Le rein mobile se distingue en ce que la palpation bimanuelle montre que le rein prend le contact lombaire. Mais ce signe peut être observé dans le foie mobile : témoin les observations de Ritter von Hacker, et de Tsherning, auxquelles nous devons ajouter un cas que nous avons observé avec le professeur Terrier.

D'ailleurs nous savons que le foie flottant coexiste souvent avec le rein mobile. Le diagnostic de l'une ou l'autre lésion est rendu difficile par ce fait signalé par

Gérard Marchant que les signes physiques varient souvent d'un jour à l'autre chez de tels malades, de sorte que tantôt l'on sent simultanément le rein et le foie, tantôt le rein seul ou le foie seul.

Les tumeurs parties du petit bassin et qui s'élèvent plus ou moins haut dans la cavité abdominale, en particulier les kystes de l'ovaire, peuvent prêter à confusion : l'interrogatoire, l'évolution de la tumeur, ses coïncidences pathologiques, le toucher vaginal, permettront de les distinguer.

Certaines tumeurs de l'intestin, du côlon, du pylorus, jouissent d'une certaine mobilité. Elles sont en général peu volumineuses. Leur position, leur absence de matité, enfin, dans les cas douteux, l'insufflation de l'estomac et de l'intestin permettront, dans la plupart des cas, d'en établir la localisation exacte.

Les tumeurs du grand épiploon sont mobiles dans tous les sens, mais la matité de la tumeur épiploïque est séparée de celle du foie par une zone sonore.

Les tumeurs du mésentère sont situées en arrière du paquet intestinal et ne donnent pas de matité. Elles sont d'ailleurs situées sur la ligne médiane.

(à suivre)

Pericardite brightique.

par M. CHATIN.

L'existence de la pericardite brightique ne fait plus de doute pour personne. Elle survient aux périodes terminales de la néphrite séreuse atrophique, et comporte le plus grave pronostic. Mais son interprétation donne lieu à quelques discussions ; Bright, Lancereaux, Keraval et la plupart des auteurs, n'y voient qu'une manifestation toxique de la diathèse urémique sur le péricarde ; d'autres, au contraire, parmi lesquels Lecorché et Talamon, Bosc admettent que le plus souvent cette pericardite est d'origine microbienne, ainsi qu'en témoignent les recherches bactériologiques de Bosc et de Ménétrier. M. Merklen croit qu'il faut être éclectique ; mais que presque toujours cependant, la pericardite ressort d'une imprégnation du péricarde par les poisons urémiques. M. Chatin a eu l'occasion d'observer à Lyon trois faits nouveaux de pericardite urémique ; l'épanchement séro-fibrineux ne renfermait aucun microbe, pas plus que le sang d'ailleurs. De plus, il n'y avait pas d'hypertoxicité du sérum sanguin ou du liquide pericardite ; ce qui ne laisse pas que d'être embarrassant pour l'explication pathogénique de ces cas de pericardite. Il ne saurait cependant être question de pericardite infectieuse. Peut-être s'agit-il d'une intoxication que nous ne pouvons pas encore mettre en évidence, par l'expérimentation sur les animaux de laboratoire, plus ou moins réfractaires aux poisons urémiques humains.

Revue de méd. — Le Progrès méd.

Traitement de la toux émetisante.

(DERDSCHIED.)

On désigne sous ce nom la toux dont les accès déterminent des vomissements.

La toux émetisante des tuberculeux doit être traitée immédiatement et énergiquement.

De nombreuses médications ont été tentées avec plus ou moins de résultats.

Peter prescrit un petit vésicatoire au niveau du creux de l'estomac ou encore quelques gouttes de laudanum avant chaque repas. Woillez conseille le badigeonnage de l'arrière-gorge avec une solution de bromure de potassium. Guéneau de Mussy ordonnait un emplâtre au diachylon, thériaque et extrait de belladone à appliquer au creux de l'estomac.

Lascarret et Ory badigeonnent la gorge avec une solution de cocaïne à 1/20 après les repas. Bondet (de Lyon) recommande les bromures avant les repas. Berthier emploie avec succès les badigeonnages de l'arrière-gorge ou les pulvérisations de la cocaïne. Mathieu préconise l'administration de l'eau chloroformée ou bromoformée en solution.

Daremberg prescrit l'eau chloroformée parfois, l'acide chlorhydrique après les repas ; il a fait cesser plusieurs fois les vomissements alimentaires en condamnant le malade pendant une quinzaine de jours au régime lacté exclusif ; il conseille également le laudanum ou les gouttes anglaises avant les repas.

Gallois et Bonnel ont fait des essais avec l'eau oxygénée et ils ont pu constater les bons effets de cette médication.

Bref, les moyens thérapeutiques sont nombreux et variés ; mais cet arsenal peut être simplifié et limité à quelques formules, qui ont toujours donné d'excellents résultats. Cette expérimentation faite dans le service de M. le Dr Godard-Danhieux a porté sur plus de 100 malades. Ceux-ci ont été soumis à l'une des trois médications suivantes je crois les meilleures :

1. L'emploi des badigeonnages du pharynx ;
2. L'eau oxygénée ;
3. L'eau chloroformée.

Les badigeonnages de l'arrière-gorge se font avec une solution de cocaïne à 1 p. 50 en moyenne, comme le recommande Berthier ; au bout de quelques jours, l'hyperesthésie pharyngée disparaît et les vomissements cessent.

C'est un moyen d'intervention très actif : malheureusement, le goût amer, désagréable, de la solution cocaïnée est un grand inconvénient à son emploi.

Cette action favorable des badigeonnages de l'arrière-gorge plaide en faveur de la théorie qui attribue le caractère émetisant de la toux à une hyperesthésie pharyngée.

L'eau oxygénée, recommandée par Gallois et Bonnel, a une action très réelle et très efficace dans la forme de

vomissements qui nous occupe et son emploi mérite d'être plus connu et plus répandu. On ordonne au malade de boire à ses repas de vin coupé avec de l'eau contenant, par litre, une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 10 volumes. En quelques jours, les vomissements cessent et l'appétit augmente.

Cette médication est très recommandable ; elle a le grand avantage d'agir à très petite dose, d'être très facilement supportée, et de ménager l'estomac du tuberculeux en ne lui faisant pas supporter de matières médicamenteuses capables d'altérer ses fonctions digestives ; un inconvénient, c'est que chez les malades avancés, son action est moins certaine ; il n'en reste pas moins applicable dans bon nombre de cas.

L'eau chloroformée en potion est également très recommandable ; son action est constante et elle a le grand avantage de pouvoir s'appliquer à presque tous les cas, y compris les vomissements liés à une véritable dyspepsie ou accompagnés de gastralgie. La formule suivante est toujours très bien supportée :

Eau chloroformée.....	40 gr.
Sirop diacode.....	} à 30 gr.
Eau de fleurs d'oranger.....	
Eau distillée.....	100 gr.

à prendre par cuillerée à soupe, une de suite après chaque repas.

Le mode d'action de l'eau oxygénée n'est pas bien connu ; pour Bardet, cette action tient peut-être à la mousse produite par l'eau oxygénée en contact avec du mucus ou des matières albuminoïdes ; il y a coagulation de la mucine et action directe de la mousse sur la paroi de l'estomac. Quoiqu'il en soit de cette théorie peu satisfaisante, l'efficacité de ce moyen n'en est pas moins réelle. Quant à l'eau chloroformée, on peut admettre qu'elle agisse de deux façons : d'abord en calmant les zones tussigènes de la muqueuse de l'arrière-gorge, du voile du palais, etc... lors de la déglutition ; en second lieu, elle agit sur les parois de l'estomac en modérant et prévenant les contractions spasmodiques de l'organe sollicité ; par le réflexe nauséux pharyngé.

(J. de méd. de Paris.)

Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par les opérations économiques

par M. BERTHELOT.

Pour M. Berthelot, la castration, comme traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire, peut être regardée comme une opération relativement exceptionnelle, et, chaque fois que cela sera possible, on devra lui préférer les opérations économiques, parmi lesquelles l'épididymectomie pratiquée seule ou jointe à la déférentectomie et même à la vésiculectomie, doit être regardée comme l'opération de choix.

L'expérience montre la persistance de la guérison après ces opérations économiques qui ont une heureuse influence sur l'état général, lequel se relève assez rapidement.

Il ne survient pas d'atrophie testiculaire quand on a conservé le pédicule vasculo-nerveux.

Les lésions de la prostate et des vésicules séminales sont améliorées après l'opération.

La puissance génitale est conservée, même après épидидymectomie bilatérale.

Le traitement général contribue puissamment à la guérison définitive.

(Ibid)

CHIRURGIE

Du traitement opératoire des varices et des phlébites variqueuses.

Depuis les monographies de Madelung et de Trendelenburg sur le traitement opératoire des varices aux membres inférieurs, de nombreuses communications ont été faites pour exposer les bons résultats obtenus par ce mode de thérapeutique, soit en extirpant totalement les veines altérées, soit en liant le tronc de la veine saphène. Cependant, d'autres écrits ont également fait savoir que le but espéré n'était pas toujours exempt de dangers. En effet, on observerait des récidives dans la proportion de 36 pour cent (Rautenberg), et des thromboses (8 fois sur 86 d'après Perthes), qui se formeraient au dessus de la ligature de la veine.

On est arrivé peu à peu à démontrer qu'il fallait lier la veine le plus haut possible, et extirper une grande étendue de veine pour obtenir des résultats bons et durables. C'est pourquoi on opère la ligature de la veine de préférence à la moitié de la cuisse, et même à son confluent avec la fémorale ; c'est pourquoi aussi on extirpe des étendues de veines longues de 5 à 10 centimètres. On en est même arrivé à combiner les méthodes de Madelung et de Trendelenburg en liant la veine principale, tout en extirpant les nodules variqueux de la jambe ; on a également fait des ligatures à étages d'après Schwarz, c'est à dire qu'on a lié la veine à différentes hauteurs pour obturer les diverses collatérales. Malgré ces procédés variés, on a pu observer des récidives et des thromboses.

Étant donnés ces faits, que nous apprend la littérature, le docteur Karewski (*Berliner Klinische Wochenschrift*), croit pouvoir affirmer, en se basant sur une pratique de dix années, qu'il faut, dans les cas justiciables d'une opération, extirper le sac variqueux et réséquer toute la portion de veine qui semble malade. Cette théorie amène généralement à enlever les varices et la veine depuis sa dilatation variqueuse jusqu'à son embouchure :

celle-ci est, en effet, souvent altérée sur une étendue plus grande que ne semblerait l'indiquer un premier examen du malade.

On comprend très bien que, dans ces troncs veineux rigides, où l'endothélium est altéré, et la circulation troublée, puissent se former des thromboses, et que, malgré une extirpation cliniquement réussie, le sang se coagule au dessus et au dessous de la ligature. Le meilleur moyen d'éviter ces inconvénients consiste donc à réséquer totalement la veine intéressée ; de la sorte, il ne reste plus ni dilatations variqueuses, ni endothélium favorable à la coagulation. La veine fémorale n'est, en effet, jamais altérée, et son régime circulatoire est toujours normal ; on n'a pas encore observé de thrombose de la fémorale consécutive à une opération de varices.

Cette ligne de conduite radicale est aussi le meilleur moyen d'éviter les récidives. Toutes les veines cutanées, en effet, sur lesquelles se trouvent les dilatations variqueuses qui intéressent la thérapeutique se jettent dans la veine saphène ; donc plus la veine saphène sera liée haut, moins on aura de chances de récidives.

Le seul reproche dont soit justiciable ce procédé, c'est que l'opération peut être longue et laborieuse ; on est souvent obligé de réséquer jusqu'à un mètre de veine. L'intervention, quand elle est bilatérale, demande quelquefois plus d'une heure. Quoique la longueur de la cicatrice n'ait jamais été d'aucun inconvénient pour le fonctionnement ultérieur du membre, et que la durée de l'opération n'ait pas d'avantage été nuisible à la santé du malade, il est possible par certains artifices de diminuer l'étendue de la cicatrice.

Voici comment procède dans ce but le Dr Karewski : il fait une petite incision au niveau de l'embouchure de la saphène ; il lie cette veine entre deux ligatures, puis l'isole de la couche adipeuse ambiante, le plus bas possible sous le revêtement cutané. Ensuite il pratique une deuxième incision sur le trajet de la même veine à 20 cent. plus bas ; il opère encore l'isolement sous-cutané de veine dans une direction ascendante et dans une direction descendante ; puis il la prend entre deux pinces à forcipressure, et extrait par fractions, en faisant glisser sous la peau, le trajet de veine contenu entre les deux incisions. Les veines collatérales arrachées dans cette manœuvre saignent peu, en tout cas, l'hémorragie est vite arrêtée par la compression.

Enfin, une troisième incision, pratiquée dans la région du genou permet d'achever l'ablation du trajet veineux. Alors commence la deuxième phase de l'opération, qui consiste dans la résection des dilatations variqueuses.

Le procédé de Karewski permet de guérir d'une façon définitive et rapide la phlébite variqueuse au début. Cette inflammation veineuse est, en effet, un sérieux inconvénient pour les personnes atteintes de dilatations variqueuses, mêmes petites ; elle précède les ulcères, et contraint des hommes sains à un repos au lit de plu-

sieurs semaines, ou de plusieurs mois. Souvent on ne veut pas opérer à cette période, pour éviter le danger des thromboses : mais c'est là un inconvénient auquel on remédie forcément puisqu'on commence l'opération par la ligature de la veine saphène à son embouchure, et qu'on extirpe ensuite ce tronc veineux. Karewski a opéré de la sorte, avec guérison définitive, six cas de phlébite qui ne rétrocédaient pas par les procédés ordinaires, ou qui récidivaient ; trois fois même il est intervenu pendant la période fébrile. Il est à remarquer que dans ces cas on est obligé de faire l'ablation de fragments cutanés assez grands, mais néanmoins pas assez étendus pour empêcher une réunion par première intention après la suture.

C'est là un procédé qui mérite de prendre une grande extension, la guérison est plus rapide qu'avec les procédés habituels ; elle est de plus certaine et définitive ; enfin elle évite aux malades les inconvénients et les dangers de nombreuses récidives.

(Le concours méd.)

Etude anatomo-topographique du sinus sphénoïdal

par M. BERTEMES.

D'une bonne étude anatomo-topographique faite sous la direction de M. Jacques, M. Bertemes tire les déductions pathologiques suivantes. La sinusite sphénoïdale n'est pas, en raison de l'absence de communication normale, consécutive à l'inflammation des cellules éthmoïdales. Elle se présente sous trois formes, rhino-pharyngienne, centrale et orbitaire, suivant la propagation de l'inflammation vers l'une ou l'autre de ces surfaces. Elle peut enfin être presque latente en raison de la présence de gouttières irrégulières. Un certain nombre d'affections du trijumeau sont sous sa dépendance, en raison des rapports des branches supérieures de ce nerf avec le sinus. Dans toute sinusite sphénoïdale aiguë, il faut rechercher avec soin la projection dans la fente effective de la muqueuse de la paroi antérieure. L'ostéite de la partie postéro-supérieure de la cloison dans le cours d'une sinusite sphénoïdale peut être attribuée à une propagation dans le prolongement du bec du sphénoïde et entre les deux lames du crâne. La projection de la paroi inférieure dans le naso-pharynx est exceptionnelle en raison de l'épaisseur de cette paroi. La méningite causée par une sinusite sphénoïdale chronique a pour caractéristique d'être accompagnée par la thrombose du sinus caverneux.

La résection du cornet inférieur est indiquée au point de vue du diagnostic. Le cathétérisme peut être fait avec la sonde de Hapk. Au point de vue de l'intervention, la voie orbito-éthmoïdale n'est indiquée que dans quelques cas spéciaux. La voie pharyngienne doit être rejetée ; la voie endonasale est la plus facile et la plus sûre.

L'agrandissement de l'ostium doit être fait en bas et en dedans, de préférence avec le crochet de Hapk ; il est indiqué de placer la contreouverture sur la moitié inférieure de la paroi antérieure et la moitié antérieure de la paroi inférieure, et de compléter le curettage par la décortication de la muqueuse.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

L'administration du nitrite d'amyle contre les troubles consécutifs à la rachicocainisation.

par M. AURELIO CORDERO (de Parme).

Parmi les troubles dus aux injections de cocaïne par la voie lombaire les plus constants sont le vomissement, la céphalée persistante et l'élévation de température. M. A. Cordero, assistant du professeur Ceccherelli, semble avoir trouvé dans le nitrite d'amyle un moyen de prévenir ces troubles en opposant les propriétés vasodilatatrices de ce médicament à l'action vaso-constrictive de la cocaïne.

Voici comment il procède.

Il laisse tomber sur une compresse de gaze III à IV gouttes de nitrite d'amyle et il la fait respirer à l'opéré quelques minutes après la ponction lombaire suivie de l'injection de cocaïne.

On voit alors la face des malades rougir rapidement et ses pupilles se contracter. Pour maintenir ce léger état de congestion, il suffit de faire respirer de temps en temps quelques gouttes de nitrite. Si la congestion se fait trop vive, on ôte rapidement la compresse.

Dans 27 cas, M. Cordero a expérimenté ces inhalations à la suite de la rachicocainisation. Il n'a observé à la suite ni tremblements, ni sueurs froides, ni angoisses.

Sur 27 malades, 9 sont restés complètement apyrétiques ; dans la majorité des cas, les malades ont eu pendant vingt-quatre heures, 37°5, 37°6. Dans 4 cas seulement on a noté de 38°5 à 39 degrés ; encore ces élévations de température n'étaient-elles pas dues à la cocaïne mais à une infection quelconque.

Les inhalations furent bien supportées, la quantité de nitrite d'amyle employée varia entre xv à xx gouttes environ et ne causa aucun inconvénient. Dans quelques cas on a noté une très légère irritation des voies respiratoires supérieures.

Dans les observations citées, la quantité de cocaïne injectée fut de 6 à 9 milligrammes en solution à 0,5 p. 100. Les injections furent faites très lentement après évacuation d'une quantité de liquide égale à la quantité de solution à injecter.

(Gazzetta degli osp. e delle clin. — Gaz. des hôp.)

GYNECOLOGIE

Les plaies perforantes de l'utérus

par M. REBREYEND.

D'après M. Rebreyend, les plaies de l'utérus de dehors en dedans n'ont été observées qu'au cours de la grossesse; elles présentent les mêmes indications que toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen; l'intervention y est rendue plus urgente par suite de la vascularité de l'organe.

L'expulsion du fœtus en est la conséquence constante. Sa mort en est la conséquence habituelle. La conservation ou le sacrifice de l'utérus ne dépendent que du degré des lésions directement constatées.

Les plaies non compliquées ne réclament d'autre traitement que le tamponnement, l'immobilité, l'abstention de toute injection intra utérine.

Les plaies compliquées (pour une des causes sus-énoncées) sont une indication à la laparotomie, qui pourra rester purement exploratrice, ou aboutir suivant les cas :

Au drainage du péritoine; au drainage abdomino-vaginal de l'utérus; à la suture utérine; à l'hystérectomie supravaginale et, exceptionnellement, totale.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTETRIQUE

Contribution à l'étude de la circulation placentaire à l'aide de la radiographie.

M. Reynès, après avoir injecté les vaisseaux placentaires avec du mercure, a radiographié plusieurs placentas, et sur les clichés ainsi obtenus il a pu étudier la circulation placentaire.

Voici les résultats qu'a fournis cette nouvelle application de la radiographie.

1° L'injection au mercure, poussée par une artère ombilicale, revient par l'autre, et tout le système artériel placentaire se trouve injecté, preuve d'importantes anastomoses entre les deux vaisseaux. L'injection au mercure poussée par les artères ombilicales ne revient jamais par la veine, ni réciproquement.

2° Tous les gros troncs artériels et veineux circulent à la surface fœtale du chorion placentaire; ils ne plongent dans l'épaisseur du placenta qu'arrivés à la base de leur territoire de distribution, qui paraît correspondre pour chacun d'eux à un cotylédon.

3° La veine présente autant de ramifications importantes à elle seule que les deux artères réunies.

4° Quoique ne cheminant pas côte à côte à la surface fœtale du placenta, les ramifications veineuses et

artérielles de même importance semblent groupées par deux pour pénétrer dans l'épaisseur placentaire (artère) et en sortir (veine) par un même point.

5° Chaque tronc artériel ou veineux parvenu au cotylédon qu'il irrigue, plonge verticalement par un coude brusque, et au lieu de se diviser dichotomiquement il éclate en un bouquet de petits vaisseaux, formant un chevelu très épais.

6° En général, les petits vaisseaux prennent dans l'épaisseur placentaire une direction opposée à celle qu'avait le gros vaisseau à la surface fœtale du placenta.

(Montpellier méd. — Gaz. des hôp.)

PEDIATRIE

Traitement du tœnia chez l'enfant

Le Journ. de méd. de Paris signale les traitements suivants contre le tœnia chez l'enfant.

COMBY

1° Veille du traitement, diète lactée absolue.

2° Le matin, à jeun, prendre en une fois la potion suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle.	2 à 6 gram.
Essence de térébentine.....	1 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 —
Eau distillée de menthe.....	50 —

3° Une demi-heure après, donner 20 grammes d'huile de ricin.

Ou :

Lavement purgatif la veille, ou lavement d'eau bouillie le matin, tenir l'enfant au lit pour éviter les vertiges.

R. BLACHE

En deux fois, le matin, prendre :

Extrait éthéré de fougère mâle ..	2 gram.
Huile de ricin.....	15 —
Sirop de menthe.....	20 —

DDESCROIZILLES

Electuaire :

Extrait éthéré de fougère mâle...	4 gram.
Calomel.....	0 gr, 40 c.
Sucre.....	Q. s.

A prendre à jeun le matin en trois fois.

DU PLESSIS

Poudre de kamala.....	6 gram.
Pulpe de tamarin.....	30 —
Sucre de citron.....	Q. s.

A prendre en une fois.

Ou bien,

Potion :

Teinture de kamala.....	10 gram.
Sirop d'écorces d'oranges.....	30 —
Eau de menthe.....	80 —

(Le concours méd.)

THERAPEUTIQUE

La lécithine

En résumé les lécithines et en particulier la lécithine distéarique retirée du jaune d'œuf présentent des propriétés remarquables. Celle-ci est très répandue dans le règne animal et végétal où elle occupe les organes les plus importants, cerveau, moelle, sang, spermatozoïdes, etc. Son rôle dans l'économie est considérable, elle est l'agent pourvoyeur de phosphore chargé de le distribuer aux différents tissus à mesure de leur besoin, et de présider à leur édification ; son action est toute puissante sur la nutrition, le fonctionnement du cerveau et l'ostéogénèse. Elle agit non seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux et les plantes.

Son absorption par la voie sous-cutanée ou gastrique est certaine. Elle présente sur les autres médicaments phosphorés, même les glycérophosphates, une supériorité incontestable. Elle n'est pas toxique et s'emploie avec succès d'après des essais cliniques, dans les affections du cerveau et de la moelle, dans les maladies par ralentissement de la nutrition, dans toutes les affections qui provoquent une élimination abondante d'acide phosphorique.

On l'administre en injection hypodermique huileuse et en granulé sucré.

(L'Echo méd.)

Traitement de la pelade par l'acide lactique

Le Dr Milan Stejanovitch étudie, dans sa thèse, le traitement préconisé par M. Balzer. Voici, d'après les Archives de médecine des enfants, les formules employées par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis :

La première indication est d'enrayer la marche de l'infection ; on la remplit par l'épilation à laquelle Balzer a renoncé, lui préférant l'antisepsie avec la liqueur de Van Swieten ou une solution analogue. On coupe les cheveux ras et on savonne et lave tous les jours avec :

Bichlorure de mercure.....	20 centig.
Acide acétique.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	100 gr.
Ether.....	} à 50 gr.
Alcoolat de lavande.....	

La seconde indication est de rétablir les fonctions du follicule pileux et de la papille atrophiee. Pour cela, il faut faire de l'irritation locale. On s'est servi à Saint-Louis de lotions excitantes :

1° Ammoniaque.....	5 gr.
Essence de térébentine.....	25 gr.
Alcool camphré.....	125 gr.
2° Acide acétique.....	1 à 2 gr.
Chloral.....	5 gr.
Ether.....	25 gr.

3° Vésicatoire liquide, etc.

Jacquet irrite le cuir chevelu avec une brosse à crins aigus. Finsen concentre les rayons chimiques de la lumière sur les plaques de pelade et obtient de bons résultats.

Balzer se sert d'une solution d'acide à 50 p. 100.

Acide lactique.....	15 gr.
Eau distillée.....	30 gr.

On prend un tampon de coton hydrophile, on l'imbibé de cette solution et on frictionne jusqu'à rubéfaction. Friction une fois par jour jusqu'à guérison. Si l'irritation est trop vive, on s'arrête. La solution alcoolique au tiers peut remplacer la solution aqueuse :

Acide lactique.....	15 gr.
Alcool à 90°.....	30 gr.

En même temps on fait l'antisepsie avec la liqueur de Van Swieten. Les résultats sont excellents.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

BACTERIOLOGIE

Pouvoir bactéricide du serum d'un cheval immunisé contre le streptocoque.

MM. Rodet et Poujol se sont proposé de voir ce que donnerait une méthode particulière d'immunisation à l'égard du streptocoque, consistant à donner seulement des cultures filtrées à l'exclusion des corps microbiens ; c'est-à-dire à impressionner l'organisme par de grandes quantités de produits solubles, en les empruntant à des races multiples de streptocoques. Après plusieurs mois d'immunisation d'un cheval par cette méthode, ils ont cherché comment son sérum se comportait à l'égard du streptocoque. Semé dans un mélange de bouillon et de ce sérum, le streptocoque végéta plus lentement et beaucoup plus pauvrement que dans un mélange de bouillon et de sérum de cheval neuf. Il s'agissait donc d'une propriété bactéricide faible, par conséquent les produits solubles du streptocoque ne sont pas inertes, et déterminent dans l'organisme une certaine propriété bactéricide. Ceci vient de l'appui de la thèse qui veut que l'acquisi-

tion de propriétés bactéricides spécifiques n'exige pas l'intervention des corps microbiens.

(Montpellier méd. — Gaz. des hop.)

FORMULAIRE

L'artémisine comme stomachique

L'artémisine est un bon adjuvant de l'oxalate de fer et de la quassine dans le traitement de la chlorose et de l'anémie. La combinaison de l'artémisine et de la quassine exerce une action excitante très puissante sur les fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par une augmentation de l'appétit ; à cela s'ajoute l'action spécifique du fer.

Cette médication agit très rapidement, et dès le 9^e ou le 10^e jour l'amélioration se manifeste.

On peut ainsi associer le fer, la quassine et l'artémisine dans la formule suivante :

Artémisine.....	0 gr. 0001
Quassine cristallisée.....	0 gr. 0001
Oxalate de fer.....	0 gr. 01
Gomme arabique.....	} q. s.
Sucre.....	

Pour une pilule, deux à chaque repas.

(Nouv. Rem.)

LE CONGRES BRITANNIQUE DE LA TUBERCULOSE

SE TIENDRA A QUEEN'S HALL. LONDRES, W.,
DU LUNDI 22 AU VENDREDI 26 JUILLET, 1901

SOUS LE TRES HAUT PATRONAGE DE

SA MAJESTE LE ROI EDOUARD VII.

Président du Conseil d'organisation :

Sir William Broadbent.

Président du Comité général d'initiative :

Prof. Clifford Allbutt.

Président du Comité de réception :

Sir James Crichton-Browne.

Président du Comité des finances :

Sir James Blyth.

Président du Conseil d'Organisation :

The Right Hon. the Earl of Derby.

Président du Comité de réception des dames :

Madame la Comtesse de Derby.

Secrétaire général honoraire :

M. Malcolm Morris.

Secrétaire pour l'étranger :

Dr St Clair Thomson.

Secrétaire du Comité de réception : Dr Alfred Hillier.

Secrétaire du musée :

Dr W. Jobson Horne.

Secrétaire de la Section d'architecture :

M. Thomas W. Culter.

Sections.

Présidents.

- I. Nationale et Municipale Sir Herbert Maxwell, M.P.
II. Médecine, y compris la Climatologie et les Sanatoria Sir R. Douglas Powell.
III. Pathologie et Bactériologie Prof. Sims Woodhead.
IV. Vétérinaire (Tuberculose chez les animaux . . . Sir George Brown.

PROGRAMME PRELIMINAIRE.

Les réunions auront lieu chaque jour du mardi 23 au vendredi 26 juillet, de 9 heures 1/2 à 2 heures.

Section I

NATIONALE ET MUNICIPALE.

Président : Le très Honorable Sir Herbert Maxwell.
Vice-Présidents : Les très Honorables Lord Maire de Londres ; Lord Prévôt d'Edimbourg ; Lord Maire de Dublin ; Lord Prévôt de Glasgow ; Lord Maire de Liverpool ; Lord Maire de Manchester ; Lord Maire de Birmingham ; Lord Maire de Leeds ; Lord Maire de Bristol ; Lord Maire de Belfast ; Sir Herbert Ashman (ex-Lord Maire de Bristol) ; Sir Henry Littlejohn (Edimbourg) ; M. Shirley F. Murphy (Officier médical de santé du comté de Londres) ; Dr Arthur Ransome (Bournemouth) ; Dr Paget Tomlinson (Conseil du comté de Wesmorland). *Secrétaires honoraires :* Dr Bulstrode (Local Government Board, Whitehall, Londres) ; Dr Niven (Town Hall, Manchester).

Dans cette section, les questions suivantes feront l'objet d'un examen détaillé, et l'on soumettra à l'assemblée générale les résolutions prises à leur égard, quand il sera jugé nécessaire.

Division I

STATISTIQUE.

Quelles conclusions peuvent être tirées des statistiques quant à la corrélation en la mortalité résultant de la phthisie et les conditions qui y contribuent ?

Dans l'étude de cette corrélation, on s'attachera surtout aux points suivants :

- 1° Le tableau de la mortalité résultant de la phthisie pulmonaire en Angleterre et dans le Pays de Galles pendant le règne de Feu Sa Majesté la Reine Victoria.
- 2° Distribution géographique de la phthisie en Angleterre et dans le Pays de Galles.
- 3° La comparaison de la mortalité phthisique dans les divers états et métiers.

- 4° La distribution de la phtisie selon l'âge et le sexe.
- 5° La répartition de la phtisie dans les diverses zones sanitaires de Londres.
- 6° Les démonstrations de la statistique contre l'hérédité de la phtisie.
- 7° *Tabes mesenterica* dans ses rapports avec l'alimentation par le lait.
- 8° Etude statistique de la phtisie dans ses rapports avec le sol.
- 9° Indications pour les enquêtes statistiques à l'avenir.

Divisions II et III.

DECLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE.

Comment la déclaration volontaire d'une tuberculose avancée peut-elle être le plus utilement provoquée et effectuée ? Quels ont été les résultats de la déclaration ainsi obtenue dans les Etats de New-York, Buffalo, et Washington ?

INFLUENCE DU LOGEMENT ET DE L'AGGLOMERATION.

(a) Par quels moyen peut on obtenir un niveau plus élevé dans les soins de propreté individuelle et dans le cas des intérieurs envahis par la phtisie ? Jusqu'à quel point un supplément de lumière et de ventilation est-il nécessaire pour garantir un niveau beaucoup plus élevé de propreté bactériologique, et quelles nouvelles mesures législatives, devraient être demandées, pour rendre ces avantages pratiques ?

(b) Comment la propreté avec une quantité suffisante de lumière et d'air pur peut-elle être assurée dans les bureaux et dans les ateliers aussi bien que dans les lieux de réunion en général y compris les bateaux à vapeur, les trains de chemins de fer et autres moyens de transport ?

Division IV

CONTROLE DE L'ALIMENTATION PAR LE LAIT ET LA VIANDE.

(a) Quels changements sont requis dans les mesures législatives et administratives existantes pour améliorer les conditions des étables afin de garantir la santé et la propreté des vaches laitières ?

(b) Quelles statistiques exactes viennent démontrer la valeur de la réaction par la tuberculine et par quels moyens l'application de cette réaction à la destruction de la tuberculose peut-elle être assurée le plus efficacement ?

(c) Quels avantages relatifs dans la préservation de la tuberculose peuvent être obtenus par l'usage du lait stérilisé, du lait pasteurisé, ou du lait provenant d'animaux non atteints de tuberculose qui serait soigneusement conservé au froid depuis le temps où il aurait été

trait jusqu'au moment de la livraison au consommateur ? Dans quelle mesure est-il possible de généraliser l'usage de l'un ou de l'autre de ces laits ?

(d) Quelles mesures administratives doivent être prises pour empêcher la vente au public de la viande contaminée par la tuberculose ?

Division V

INSTALLATION DES SANATORIA.

(a) Quels sont les meilleurs moyens pour développer la fondation de Sanatoria destinés aux phtisiques dans lesquels (1) les malades guérissables puissent trouver les meilleurs chances de rétablissement ; (2) les incurables, tout en cessant d'être une source de danger pour la communauté, puissent voir leur vie prolongée et recevoir tous les soulagements nécessaires à leur état ?

(b) Quelles causes ont provoqué le récent développement des Sanatoria pour la phtisie en Allemagne et aux Etats Unis : jusqu'à quel point peut-on s'attendre à ce que les mêmes influences agissent dans la Grande-Bretagne, ses colonies et dépendances ?

Serait-il conforme aux intérêts des compagnies industrielles d'assurances ou des autres corps publics de contribuer à la fondation et à l'entretien d'instituts de cette nature.

Section II.

MEDECINE, Y COMPRIS LA CLIMATOLOGIE ET LES SANATORIA

Président : Sir Richard Douglas Powell ; *Vice-présidents* : Sir Thos Lauder Brunton ; Professeur W. Watson Cheyne ; Sir Dyce Duckworth ; Professeur T. R. Fraser ; Dr J. E. Pollock ; Professeur Roddick, Montréal, Canada ; Dr Thomas P. A. Stuart, Sydney, Australie ; Sir Hermann Weber ; Dr C. Theodore Williams. *Secrétaires honoraires* : Dr Hector Mackenzie, 34 Upper Brook Street, London ; Sir Hugh Beevor, 17, Wimpole Street, London, W. ; Dr R. W. Philip, 45, Charlotte Square, Edimbourg ; Dr William Calwell, College Square North, Belfast.

Le mardi, 23 juillet, discussion sur la Climatologie. — "Quelle est l'influence du climat sur le traitement de la tuberculose, et jusqu'à quel point peut-on classer les tuberculeux pour traitement dans certains climats ?"

Le mercredi, 24 juillet, discussion sur "La Tuberculine," séance commune avec la Section de Pathologie.

Le jeudi, 25 juillet, discussion sur "Les Sanatoria pour les tuberculeux."

Le vendredi, 26 juillet, Communications personnelles.

Démonstrations :

"Présentation de cas de tuberculose cutanée et leur traitement."

"L'emploi des rayons de Röntgen pour le diagnostic."

Section III

PATHOLOGIE, Y COMPRIS LA BACTERIOLOGIE.

Président : Professeur G. Sims Woodhead ; *Vice-présidents* : Sir Christopher John Nixon ; Professeur J. G. Adami ; Professeur Sheridan Delepine ; Professeur D. J. Hamilton ; Dr E. Klein ; Professeur Sidney Martin. *Secrétaires honoraires* : Dr F. J. Wethered, 85, Harley Street, London, W. ; Dr J. J. Perkins, 41 Wimpole Street, London, W. ; Professeur Rubert Boyce, University College, Liverpool ; Dr E. J. McWeeney, 84 St. Stephen's Green, Dublin.

Le mardi, 23 juillet, discussion sur les variations morphologiques et physiologiques du bacille de la tuberculose, et ses relations avec—

- (a) Les autres bacilles acidophiles.
- (b) Avec l'Actinomyces et d'autres Streptothricées.

Le mercredi, 24 juillet, discussion en commun avec la Section de Médecine sur—

“ Les modifications dans les tissus et les effets constitutionnels produits par les divers éléments de la Tuberculine.”

Le jeudi, 25 juillet, discussion sur—

“ Les variétés de la tuberculose ” (Anatomie pathologique et histologie).

Le vendredi, 26 juillet, “ Communications personnelles.”

Section IV

VÉTÉRINAIRE, (TUBERCULOSE CHEZ LES ANIMAUX.)

Président : Sir George Brown ; *Vice-présidents* : Professeur McFadyean, M.B., B.Sc., M.R.C.V.S. ; Professeur Dewar, F.R.C.V.S. ; Professeur McCall, F.R.C.V.S. ; Professeur W. Owen Williams, F.R.C.V.S. ; Professeur Mettan, B.Sc., M.R.C.V.S. ; Professeur McEachran, F.R.C.V.S. ; Lieut.-Colonel Nunn, C.I.E., D.S.O., F.R.C.V.S., Barrister-at-Law ; A. C. Cope, M.R.C.V.S. ; W. Hunting, F.R.C.V.S. ; Matthew Hedley, F.R.C.V.S. ; James Simpson, M.R.C.V.S. *Secrétaires* : Professeur Hobday, 27, Lower Phillimore Place, Kensington, W. ; Professeur Bradley, Royal (Dick's) Veterinary Collège, Edinburgh ; Professeur Woodruff, Royal Veterinary Collège, Camden Town, N. W.

Mardi, le 23 juillet. — “ Le diagnostic de la Tuberculose chez les animaux vivants.”

Mercredi, le 24 juillet. — “ La Tuberculose et le lait.”

Jeu, le 25 juillet. — “ La Tuberculose et la viande.”

Vendredi, le 26 juillet. — “ Les mesures législatives et autres moyens nécessaires pour combattre la Tuberculose chez les animaux.”

LE MUSÉE

En même temps que le Congrès, il a été décidé de former un musée temporaire présentant la pathologie, le traitement ou la prévention de la tuberculose.

Le Musée comprendra—

SECTION I. — Des préparations pathologiques et bactériologiques et des spécimens montrant la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

SECTION II. — Des plans et modèles d'hôpitaux et de Sanatoria, des cartes et des documents historiques, géographiques et statistiques, sur la tuberculose.

Il est à désirer que les préparations et spécimens se rapportant aux travaux du Congrès soient exposés dans le Musée.

Un catalogue détaillé du Musée sera publié. C'est pourquoi il serait préférable que toutes les notices soient envoyées avant ou au plus tard pour le 1er juin.

Une circulaire indiquant la date et l'endroit où les collections devront être adressées définitivement, sera envoyée aux exposants qui en feront la demande. En attendant le Comité du Musée désire réunir tous les renseignements possibles sur les objets qui seront exposés et surtout sur l'espace qu'il leur faudra réserver.

Toutes les communications relatives à la Section I doivent être adressées au Dr Jobson Horne, 27, New-Cavendish Street, Harley Street, London, W., Secrétaire du Comité du Musée ; celles relatives à la Section II au Secrétaire de la Section d'Architecture, M. Thomas W. Cutler, 5, Queen Square, Bloomsbury, London, W.

NOTA

Pour s'inscrire comme membre au Congrès on est prié d'envoyer la cotisation de 25 francs et une carte de visite au Secrétaire-Général, 20, Hanover Square, London, W.

Les langues officielles du Congrès sont l'Anglais, le Français et l'Allemand, et les auteurs de communications sont priés de fournir à l'avance des extraits pour traduction.

Si l'on désire prendre part aux discussions on est prié aussitôt que possible de se mettre en rapport avec les Secrétaires de la Section choisie.

Les Secrétaires recevront des communications sur d'autres points dans la pathologie de la tuberculose, qui seront discutées après les questions à l'ordre du jour.

Le temps assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser 30 minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de 10 minutes chacun.

Un abrégé de chaque communication doit être remis au Secrétaire Général, 20, Hanover Square, avant le 15 juin, 1901, dernier délai.

La cotisation confère au souscripteur tous les droits de Membre participant et donne droit au volume imprimé des Comptes rendus des travaux du Congrès.

Travaux Originaux

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE BACTÉRIOLOGIE A L'INSTITUT PASTEUR.

Recueillie par M. le Dr HENRI LASNIER, Montréal,
le 2 novembre 1896.

Messieurs,

Vous êtes venus ici pour faire un cours de bactériologie, autrement dit pour étudier les microbes.

Il est donc naturel que nous nous demandions tout d'abord : Qu'est ce qu'un microbe ?

Cette définition nous la chercherions, en vain dans le mot "microbe". Ce mot microbe n'est pas scientifique, c'est un terme populaire. La meilleure définition qu'on en puisse donner, je crois, est celle-ci : Des êtres très petits, qui ne peuvent être bien vus qu'au microscope. Demandons-nous où nous les trouvons ces microbes ?

Il y en a partout, dans l'atmosphère, dans la terre, surtout la terre qui n'est pas cultivée. Comme vous le voyez la difficulté n'est pas d'en trouver, il y en a partout. Il est bien plus facile d'en trouver que de les étudier.

Ce sont des êtres vivants ayant chacun un organisme et une biologie, qui nous permettent de les distinguer les uns des autres comme on distingue dans la nature, les grandes espèces végétales.

Chaque fois que la matière organique entre dans une décomposition, c'est par les microbes qu'elle le fait.

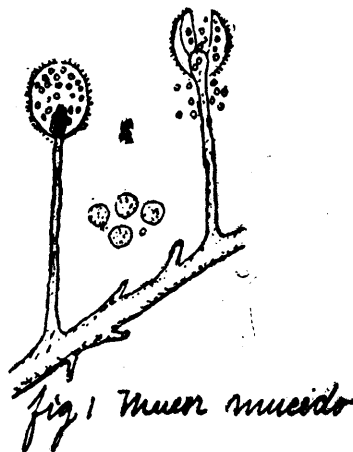
Telle substance organique se décomposera par tel microbes, tandis que telle autre choisira un autre microbe de préférence, de sorte que étant donné telle substance qui se décompose, on y trouvera infailliblement tel microbe qui est son agent de décomposition.

Voici par exemple ce morceau de pain, abandonné dans ce vase depuis quelque temps. Il est en voie de décomposition. On voit une épaisse couche de moisissure à sa surface. La cause de cette décomposition ?... C'est un microbe qui se reproduit aux dépens du pain, et forme ces moisissures qu'on peut voir à l'œil nu ordinairement, mais qui ne sont visibles quelquefois qu'au microscope.

C'est un lacs de filaments longs, ténus, cloisonnés, enchevêtrés, blancs, formant une couche à la surface du pain.

De ces filaments partent d'autres filaments se dirigeant ceux là droit en l'air et terminés à leur extrémités

par une tête ronde : d'abord blanche, puis noire. Ces têtes sont les fruits de ces filaments fructifères. Cette moisissure s'appelle *mucor mucedo*. (fig. 1)



Ces têtes sont constituées par une poche remplie de petits corps ronds, d'abord blancs, puis noirs quand ils sont parvenus à maturité. Ce sont eux qui donnent la coloration à la poche. Ces corps ronds sont les spores. Quand ils sont murs, c'est-à-dire noirs, ils se détachent et s'ils tombent en bon terrain, donnent naissance à de nouvelles moisissures. C'est donc l'élément reproducteur du *mucor mucedo*. C'est la graine, le conservateur de l'espèce. Ces spores sont très résistants, pour les détruire il faut les chauffer à une température de 100°, 110°, 130°.

On comprend alors l'importance de leur rôle.

Mais vous me direz, d'après notre définition du microbe : "des êtres qui ne sont visibles qu'au microscope" ces moisissures ne sont pas des microbes car on les distingue très bien à l'œil nu, en les observant de près.....

Très bien, mais il y a des moisissures qui vivent en parasites chez l'homme et les animaux, qu'on ne peut observer qu'au microscope, dans des coupes. C'est pourquoi nous rangeons les moisissures au rang des microbes.

Voici deux moitiés de pomme qu'on a laissé se décomposer à l'air.

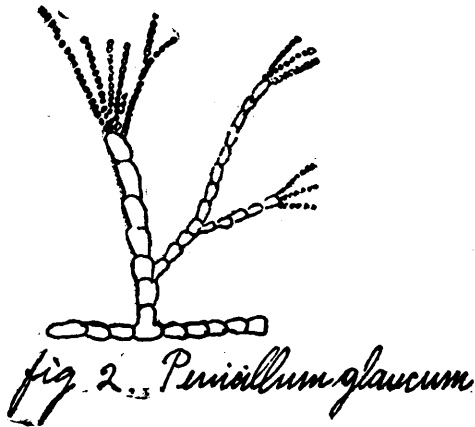
Vous voyez que l'aspect de cette moisissure n'est pas le même que celle du pain... Le microbe qui est son agent de décomposition, n'est pas le même que celui du pain. C'est un autre microbe que le microscope nous permettra de distinguer facilement.

Cet autre microbe agent spécifique de la décomposition de la pomme, c'est le *penicillium glaucum*. (fig. 2)

Si vous prenez avec une pince, un peu de cette moisissure, et l'examinez avec soin, après l'avoir écrasée entre deux lamelles ; vous verrez que ces spores présentent

une série de petits noyaux à leur intérieur (fig. 1). Sur la moisissure de pomme (fig. 2) vous voyez que les filaments présentent sur leur trajet des divisions.

Ces divisions représentent la cellule végétale du filament. La spore est la forme de résistance de la moisissure. Je le répète, la spore doit être chauffée jusqu'à 100°, 110°, 130° pour être détruite. Vous comprendrez qu'à cause de sa grande force de résistance elle doit jouer un grand rôle. C'est elle qui conserve l'espèce, donnera naissance dans les matières organiques ou animales à une nouvelle moisissure.



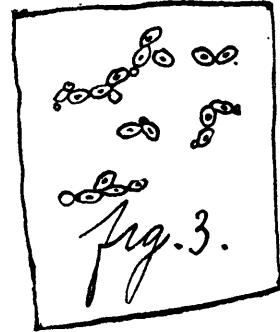
On sait que ce mucor mucedo peut produire des affections étant injecté sous la peau ; surtout chez le lapin, il végétera, sera reproduit avec les mêmes caractères. Seulement ici ce n'est qu'avec l'aide du microscope qu'on pourra le reconnaître. Il faudra pour cela faire des coupes et des colorations. Il se nourrit au dépens de substances morte, et de substances vivantes, c'est un saprophytes et un parasite en même temps.

Mucor corymbifère. — Voici une autre variété de mucor, qu'on appelle corymbifère, se distingue du premier par la disposition un peu différente de ses rameaux fructifères. Il peut se rencontrer sur des coupes de tissus vivants. Ce n'est donc plus un saprophyte, c'est-à-dire vivant de matière morte, comme le premier, mais un parasite, un microbe.

Penicillium glaucum (vert) (fig.2. — C'est la moisissure qui recouvre ces fruits (pommes, oranges) Ce sont encore les filaments enchevêtrés de tout à l'heure, mais disposés un peu différemment à leur extrémité, c'est-à-dire que leur rameaux aériens se divisent, se dichotomisent à leur extrémité, se disposent en pinceaux ; portant des spores non plus renfermées dans des poches, mais disposées en colonnettes bout-à-bout.

Si la culture est luxuriante le microbe est en bon ter

rain et dans de bonnes conditions, on aura beaucoup de graines, beaucoup de colonnettes. Si au contraire la moisissure est venue misérablement, il y en aura moins. Quelquefois même il y en a qui reflorissent au bout des pinceaux.



Voici une autre moisissure formant une couenne épaisse, recouvrant ce liquide de Raulin. Elle est noir, à l'aspect d'un velour noir, c'est l'*aspergillus niger*.

Elle est noire parcequ'elle renferme beaucoup de spores parvenues à maturité. D'abord on n'en voit qu'une par ci par là. Plus tard les spores finissent par recouvrir toute la moisissure. Si vous passez un pinceau ces spores s'enlèvent facilement, même en soufflant dessus, comme sur le Pollen des fleurs. Ce sont encore des filaments avec rameaux aérien, à colonnettes.

Cet *aspergillus niger*, est une variété d'*aspergillus* dont il existe plusieurs espèces, qui se rencontrent chez l'homme et l'animal.



L'aspergillus flavus. — C'est ainsi que la tuberculose aspergillaire des pigeons peut être transmise à l'homme. Ce parasite ne peut être vu qu'avec un fort grossissement. Les seignes dépendant de spores semblables qui se développent dans la peau, où elles trouvent les conditions nécessaires à leur croissance.

Il suffit de regarder ce ballon et de le sentir pour reconnaître que vous avez affaire à une fermentation alcoolique. C'est de la levure de bière qu'il contient,

L'agent de cette fermentation est un microbe de la forme suivante qui se reproduit par cloisonnement. (fig. 3)

Ce microbe peut se reproduire autrement placé dans d'autres conditions.

Cette levure est formée de cellules ovulaires disposées bout-à-bout en chapelets. Les une sont transparentes et portent à leur extrémité des bourgeons (fig. 4), qui augmentent peu à peu, se séparent de la cellule qui leur a donné naissance, et constitue une cellule nouvelle, qui à son tour, donnera naissance à un bourgeon, puis à une autre cellule semblable à elle-même. C'est la reproduction par bourgeonnement.

Il s'agit ici d'un ferment dont il existe plusieurs espèces. Ces ferments jouent un très grand rôle dans l'industrie ; ils sont les agents de la fabrication de l'alcool.

Ces cellules se développent aux dépens du sucre. Il leur faut pour se développer du sucre. Elles transforment le sucre contenu dans cette bière, en alcool, à la condition de le transformer en sucre interverti. Mais la levure peut vivre très bien avec d'autres sucres.

On obtiendra leur développement à l'infinie en mettant cette levure dans de l'eau, et en ajoutant à l'eau du sucre et des substances terreuses. D'autres levures enfin agissent sur la glucose, et ce sont celles-là qui intéressent les physiologistes, dans la fermentation lactée.

Ces levures sont des ferments organisés. Ils ont été l'origine des travaux de M. Pasteur, qui ont donné naissance à cette nouvelle branche des sciences médicales, la bactériologie.

(à suivre)

GLANES CANADIENNES

Canadian Journal of Medicine and Surgery.

Le protoxyde d'azote et l'éther, comme anesthésiques.

Tel est le titre d'un travail du Dr L. Coyteux Prevost, d'Ottawa, lu à l'Association médicale d'Ontario. Ce travail soigneusement préparé, est en même temps des plus intéressants pour la profession.

Tout anesthésique est mauvais, qui tue le patient et risque par le fait même la réputation la mieux établie d'un chirurgien. Pour être bonne et satisfaisante l'anesthésie doit réunir les qualités suivantes : 1° exposer le moins possible le patient ; 2° être rapide ; 3° complète ; 4° permanente ; 5° et suivie par le moins de suites désagréables post opératoires possibles.

Le Dr Prevost s'élève contre la pratique quasi in-

humaine de confier l'anesthésie dans les hôpitaux, au plus jeune interne, quand cette charge ne devrait être confiée qu'à un spécialiste, ou à un médecin qui aurait suivi un entraînement ad hoc. L'auteur s'étend ensuite sur les résultats de son expérience personnelle, depuis deux ans, tant à l'hôpital que dans sa pratique privée.

Le Dr C. W. Gorrell, d'Ottawa, a été son assistant. L'éther a été l'anesthésique employé dans les commencements, et associé ensuite à l'oxyde azoteux ou gaz hilarant, administré au début de l'anesthésie au moyen du cornet de Clover. Cette méthode serait idéale, tant sous le rapport de la rapidité avec laquelle l'anesthésie est produite, que sous le rapport de l'atténuation de la phase d'excitation qui est peu marquée ou même nulle, et de la diminution des symptômes désagréables post-opératoires si fréquents. L'instrument employé pour l'inhalation du gaz hilarant et de l'éther est celui de Hewitt, une modification de l'instrument de Clover. Depuis deux ans environ ce mode d'anesthésie a été presque exclusivement employé et a donné les résultats suivants : L'anesthésie a été complète en une minute, 23 fois sur 307 ; en une minute et demi, 55 fois ; en deux minutes, 94 fois ; en deux minutes et demi, 47 fois ; en trois minutes, 44 fois ; en trois minutes et demi, 9 fois ; en quatre minutes, 19 fois ; en cinq minutes, 14 fois. Sans vouloir entrer dans la discussion interminable des avantages ou des désavantages de tel ou tel mode d'anesthésie, chacun ayant ses partisans enthousiastes et ses détracteurs, l'auteur fait connaître le résultat de ses observations au point de vue de l'effet de l'éther sur les reins ; dans 434 observations on a trouvé de l'albumine 26 fois.

Par cette méthode le Dr Prevost assure que les vomissements post-opératoires si pénibles sont bien rare.

L'auteur glisse sur l'anesthésie médullaire par la cocaïne, et à part le fait qu'il a été le premier à inaugurer cette méthode au Canada, son expérience ne lui permet pas d'apporter quoi que ce soit de nouveau sur ce sujet, qui remplit les colonnes de tous les journaux de médecine. Il ne veut pas discuter les suites désagréables de la cocaïnisation rachidienne, ni les avantages qu'elle peut présenter, mais il pense que tant que les vieilles méthodes d'anesthésie, entre des mains compétentes, continueront à donner satisfaction, elles ne devront pas être mises de côté pour des plus récentes et non encore consacrées par une expérience suffisante.

W. J. D.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LA COCHENILLE.

Cochenille pulvérisée.....	0 gr. 05 à 0 gr. 20
Carbonate d'ammonique.	1 gr. à 2 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	20 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

(1 cuillerée à café toutes les 2 heures).

(Naegeli.)

Revue des journaux

MEDECINE

Le foie mobile.

par M. SOUPAULT.

(Suite.)

Nous nous contenterons de faire l'exposé du traitement médical, en y ajoutant quelles sont, à notre avis les indications de l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement médical doit avoir pour but d'abord de parer aux accidents directement placés sous l'influence de l'hépatoptose. Mais le médecin devra se rappeler aussi, d'une part, que le foie mobile est souvent la conséquence d'un mauvais état de la nutrition générale, tantôt héréditaire, tantôt acquise; d'autre part, que certains troubles généraux, et particulièrement les troubles névropathiques, n'éclatent guère chez des individus prédisposés, dont le système nerveux est en état de moindre résistance. Il en est pour le foie mobile comme pour l'entéroptose et le rein mobile: il peut rester longtemps latent jusqu'à ce qu'une cause occasionnelle: chagrin, traumatisme, intoxication, maladie générale aiguë ou chronique, en un mot des ébranlements moraux ou physiques, viennent provoquer l'écllosion des accidents. Le traitement de l'état général devra donc marcher de pair avec le traitement local.

Pour remédier aux accidents provoqués par le déplacement de la glande, nous avons à notre disposition plusieurs moyens.

Au début du traitement, surtout si les accidents douloureux et généraux sont marqués, si la faiblesse du malade est grande, si la neurasthénie est marquée, il sera utile, on peut dire même indispensable, de prescrire le repos. Nous avons l'habitude de conseiller tout d'abord aux malades atteints du foie mobile comme à ceux qui présentent un rein mobile avec ou sans chute des autres organes abdominaux, une période de repos au lit, variant entre dix et quinze jours environ. Puis, lorsque les accidents aigus ont disparu, que les forces reviennent, nous leur permettons de se lever, d'abord quelques heures seulement, puis de plus en plus longtemps. Ils ne reprennent une vie active que lorsque les accidents ont presque complètement disparu.

Même après la guérison, nous conseillons aux malades de se reposer plusieurs heures dans la journée, particulièrement après les repas, et aux femmes de se coucher ou tout au moins de s'étendre sur une chaise longue pendant toute la période des règles. Il va sans dire qu'en tout temps elles doivent éviter les fatigues de toutes sortes, les sports, les trop fréquentes sorties. Tous les détails de cette cure de repos sont véritablement indispen-

sables à indiquer si l'on veut obtenir un résultat appréciable.

Comme moyens locaux, on a surtout préconisé l'électrisation et le port de ceintures spéciales.

L'électrisation a été préconisée par Curtius contre le relâchement de la paroi abdominale, dans le but de restituer aux muscles la tonicité nécessaire pour qu'ils puissent soutenir la masse des organes. On a recours de préférence aux courants interrompus appliqués par séances de cinq à dix minutes tous les jours ou tous les deux jours.

Un procédé bien plus efficace consiste dans l'application de ceintures hypogastriques. Il en existe de nombreux modèles et on attend pas de nous que nous recopiions ici un catalogue de bandagiste. Nous dirons seulement que, pour nous, la meilleure ceinture, la seule efficace même, est celle qui soutient non seulement le foie mais toute la masse abdominale. Celle qui nous a donné les meilleurs résultats peut être décrite de la façon suivante: Cette ceinture en tissu souple, avec le moins de baleines possible, doit avoir une hauteur assez grande, de façon à recouvrir le ventre sur la ligne médiane, du pubis à 2 ou 3 centimètres au dessus de l'ombilic. Latéralement les bords doivent être échancrés de façon à suivre en haut et en bas le contour du squelette. A la partie interne de la ceinture nous faisons toujours adapter un renbourrage, très épais au-dessus du pubis, de façon à presser sur la partie inférieure de la masse intestinale en la soulevant; puis de moins en moins épais à mesure qu'on remonte vers l'ombilic. Latéralement à la partie qui répond à la fosse iliaque et à l'hypocondre droit, nous faisons adapter une pelote assez large en forme de croissant dont la concavité regarde en haut, et qui est destinée à soutenir la masse du foie. Faisons observer, que pour être efficaces, ces ceintures doivent s'adapter tout à fait bien, et qu'il importe de les faire faire sur mesure. C'est là une recommandation qui paraît banale, mais sur laquelle nous ne craignons pas d'insister, étant donné les résultats de notre expérience personnelle.

Une autre recommandation, très utile, à faire aux malades, est de poser la ceinture dans le décubitus dorsal, alors que les organes ne sont pas descendus dans la cavité abdominale.

Nous avons toujours vu le port d'une ceinture bien faite amener un réel soulagement et le plus souvent une atténuation marquée des symptômes locaux et généraux. Les malades éprouvent dès le début un véritable bien-être, et ultérieurement se déclarent incapables de se passer de ce mode de soutien de leurs organes abdominaux. Les échecs de ce moyen thérapeutique sont, par contre extrêmement rares. Nous avons dit que le médecin devra non seulement instituer un traitement local mais aussi chercher à modifier l'état général des malades.

La plupart des malades atteints d'hépatoptose présentent des troubles neurasthéniques.

Le repos physique et moral et les diverses pratiques de l'hydrothérapie en feront surtout les frais. Nous avons eu aussi souvent recours à la *suralimentation* avec les poudres alimentaires, et particulièrement la poudre de viande selon la méthode de M. Debove. Cette suralimentation nous paraît d'autant plus utile que les phénomènes dyspeptiques empêchent souvent les malades de se nourrir et même, dans plusieurs circonstances, nous avons eu recours avec succès à l'alimentation par la sonde.

Les phénomènes dyspeptiques devront aussi occuper l'attention du médecin. Beaucoup ne sont, dans le cas particulier, qu'une variété des phénomènes neurasthéniques : d'autres paraissent dus, conformément à l'opinion de Glénard, à la gastropexie et à l'entéroptose qui amènent des obstacles à la circulation des aliments dans le tube digestif. Enfin, beaucoup tiennent à la constipation, si fréquente, on pourrait même dire constante, chez les malades atteints d'entéroptose et de spasme intestinal. Les meilleurs moyens à opposer à ces accidents consistent dans une hygiène alimentaire sévère, et le traitement de la constipation par de petits purgatifs régulièrement répétés deux fois par semaine, et surtout l'*entérolyse*, dont les résultats sont véritablement excellents.

M. Glénard considère que les troubles de la nutrition sont la conséquence d'une viciation dans la structure et les fonctions du foie. Aussi, comme traitement général il recommande le régime alimentaire, la désintoxication du tube digestif et le *traitement par les alcalins*. Nous n'avons à l'encontre de ce traitement aucune objection sérieuse à faire. Contentons-nous d'observer que, depuis quelques mois, le traitement alcalin de l'arthritisme (qui pour Glénard est identique à l'hépatisme) est quelque peu battu en brèche au profit de la médication par l'acide phosphorique préconisée par Joulie. Mais il serait hors de propos d'entamer ici une controverse sur ce point.

Après avoir exposé le traitement médical du foie mobile, il nous reste à dire quelques mots du traitement chirurgical. Nous serons très bref sur ce sujet.

Les indications d'une intervention chirurgicale peuvent se résumer en quelques propositions. Il y a lieu d'opérer :

1° Quand la mobilité du foie tant considérable, la réduction dans le décubitus dorsal est presque impossible. Il est clair que, dans ces conditions, le port d'une ceinture est insuffisant et qu'il est inutile de temporiser. Le mieux est d'agir le plus vite possible.

2° Quand il existe des troubles graves résultant de la compression ou du tiraillement des organes voisins (sténose du pylore, coudure des voies biliaires, compression du côlon, etc., etc).

3° Quand, après un traitement médical suffisamment prolongé, on voit persister les troubles généraux et les accidents douloureux.

A vrai dire, ces indications se présentent bien rare-

ment ; et, si on lit les observations de foie mobile dans lesquelles il est fait mention de l'intervention chirurgicale, on voit que bien souvent celle-ci a été pratiquée par suite d'une erreur de diagnostic, pour une affection différente, et que c'est au cours de la laparotomie que le chirurgien ayant constaté un foie mobile, a pratiqué l'hépatopexie.

Au surplus, les résultats fournis par l'intervention sont de tous points excellents. Les voici d'après Terrier et Auvray :

Sur 7 cas de lobes flottants traités par l'opération, il y a eu 7 guérisons opératoires, et toutes les fois les résultats éloignés ont été excellents. La guérison a été presque absolue.

Sur 15 cas d'hépatopexie totale traités par l'hépatopexie, on compte 11 guérisons, 2 améliorations, 2 morts. Dans les 8 premiers cas, les symptômes douloureux de l'abdomen et les troubles neurasthéniques ont disparu, mais dans plusieurs de ces observations on trouve noté que le foie n'a pu être ramené dans sa situation normale et qu'il a continué à occuper une position vicieuse. C'est donc à l'immobilisation du foie qu'il faut attribuer les bienfaits de l'intervention.

Dans les deux cas d'amélioration, les résultats ont été cependant assez satisfaisants.

Les 2 cas de mort sont survenus par péritonite et semblent imputables à des fautes d'antisepsie.

On voit en résumé que l'opération est bénigne, et que les résultats qu'on en obtient sont extrêmement brillants.

(Gaz. des hôp.)

Neuralgie sciatique traitée et guérie rapidement par la ponction lombaire et l'injection intrarachnoïdienne de cocaïne.

MM. Courtois-Suffit et Armand Delille communiquent une observation où il s'agit d'une malade atteinte de sciatique très aiguë, chez laquelle la fonction lombaire fut pratiquée dans le 3^e espace. On retira 3 centimètres cubes environ de liquide céphalo-rachidien et on injecta 5 milligrammes de cocaïne, comme l'avaient fait MM. Marie et Guillain. Le résultat fut presque immédiat. Deux minutes après l'injection, la malade put se lever et marcher presque absolument sans douleur. Elle n'accusait plus qu'une légère sensation douloureuse sur le dos du pied, sensation qui persiste d'ailleurs, à l'heure actuelle, mais peu intense. Dans la journée même où l'injection fut pratiquée, la malade put se promener pendant plus d'une heure. Le 26 avril, l'amélioration persiste ; la malade ne boite plus (avant l'injection, elle ne pouvait littéralement pas mettre le pied par terre) ; elle marche avec facilité et sans fatigue. Seule persiste encore une légère douleur à la face dorsale du pied.

MM. Courtois-Suffit et Armand Delille insistent, non

seulement sur l'heureux résultat du traitement, mais encore sur la remarquable rapidité avec laquelle l'amélioration est survenue, puisque immédiatement après l'injection, la douleur avait disparu.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Actinomycose de la joue.

MM. Gaucher et Lacapère communiquent à la Soc. méd. des hôp. l'observation d'une femme de 36 ans, chez laquelle le diagnostic d'actinomycose fut posé, après élimination des hypothèses d'une tumeur cancéreuse (épithélioma), ou syphilitique, ou tuberculeuse.

On sait que l'étiologie ordinaire de l'actinomycose est l'injection par les céréales ; le champignon est le plus souvent introduit dans l'organisme par une plaie occasionnée par un épi. C'est, ordinairement en mâchonnant des épis ou des tiges de blé ou d'orge, que les sujets s'inoculent l'actinomyces.

Or, dans les cas de MM. Gaucher et Lacapère, rien de semblable ne paraît s'être produit. Au contraire, dans les commémoratifs, on relève ce fait important que la malade s'occupait autrefois elle-même de l'achat d'animaux de boucherie et qu'elle les examinait sur pied.

Il paraît donc probable à MM. Gaucher et Lacapère que la contagion s'est faite directement de l'animal à la malade. Cette particularité exceptionnelle expliquerait peut-être la lenteur avec laquelle évolua l'affection. On a remarqué, en effet, que la virulence de l'actinomyces s'atténuait par les passages d'animal à animal. L'inoculation des animaux en série est impossible. Il est permis de supposer que l'inoculation d'une actinomycose atténuée a pu rester latente, chez cette femme, pendant huit années avant de se manifester par une tumeur dont le développement fut provoqué par une contusion violente.

(*Ibid*)

Un nouveau procédé pour reconnaître le sang humain.

Ce procédé est le corollaire pratique des expériences publiées par Bordet en 1898 et en 1899. Bordet avait montré qu'en injectant du sang défibriné d'un animal à des animaux d'une espèce différente, le sérum de ces animaux acquiert au bout d'un certain temps la propriété d'agglutiner et de dissoudre les hématies appartenant à l'espèce dont on injecte le sang.

Il avait montré aussi que le sérum mélangé au sang défibriné d'une autre espèce fournit au bout de quelques minutes un liquide rouge, clair et limpide, tandis qu'ajouté au sérum du premier animal, il donne un liquide opaque qui se précipite bientôt en flocons.

C'est cette observation qu'Uhlenhuth a appliquée au diagnostic d'abord du sang de bœuf, puis du sang humain. Il a injecté tous les six ou huit jours 10 centimètres cubes de sang défibriné de bœuf dans le péritoine de lapins, et après cinq injections il a obtenu un sérum qui ne dissolvait exclusivement que le sang du bœuf.

En prenant une solution à 1 0/0 du sang de dix-huit espèces d'animaux et en y ajoutant 6 à 8 gouttes du sérum de ces lapins, on constate que tous les tubes, sauf ceux qui contiennent du sang de bœuf, demeurent parfaitement limpides, tandis que ceux-ci se troublent et donnent finalement un précipité floconneux.

Des expériences analogues faites avec le sang humain ont donné les mêmes résultats et ont permis de distinguer les échantillons de sang d'homme et de sang de bœuf desséchés depuis un mois sur une planche.

Les recherches de Wassermann et de Schutze, qui portent sur la comparaison du sang humain et du sang de 23 espèces animales, confirment celles de Uhlenhuth. Ils n'ont obtenu de précipité qu'avec le sang de l'homme. Il n'y a eu qu'une exception ; le sang de singe a donné au bout de quelque temps un léger précipité. La méthode se montre efficace même avec des échantillons de sang, vieux déjà de plus de trois mois et difficilement reconnaissables par d'autres procédés.

Voici la technique recommandée par Wassermann et Schutze. On agite la matière de la tache à examiner dans 6 à 8 cent. cubes de solution physiologique de chlorure de sodium, et après filtration, on répartit le liquide par parties égales dans deux tubes stérilisés. Dans l'un, on ajoute un demi-centimètre cube de sérum de lapin ayant reçu des injections de sérum humain ; dans l'autre, qui sert de témoin, on ajoute un demi-centimètre cube de sérum d'un lapin n'ayant subi aucun traitement. Un troisième tube contenant 4 à 5 cent. cubes de sang dilué provenant d'une autre espèce animale, mouton ou porc par exemple, est additionné d'un demi-centimètre cube du sérum du premier lapin. Les trois tubes sont mis à l'étuve à une température de 37 degrés.

Si au bout d'une heure, le contenu du premier tube devient d'abord trouble, puis se précipite, tandis que les deux autres restent limpides, il est certain que le sang de la tache soumis à l'examen est du sang humain, à moins que, par extraordinaire, on n'ait quelque raison de croire que le sang peut provenir d'un singe.

(*Journ. de méd. de Paris*).

Des premiers symptômes de la syphilis acquise.

M. Deneffe analyse un travail de M. Deschamps (de Liège) qui a eu l'occasion d'observer 5 fois dans sa clientèle les premières manifestations réactionnelles survenant au point d'inoculation du virus syphilitique. D'après lui, ces manifestations sont semblables à un bouton de vaccine. Il se produirait, dès le 2^e jour après la

contamination, un prurit intense avec chaleur et rougeur en un point très limité (quelques millimètres) de la muqueuse préputiale, par exemple ; 2 ou 3 jours plus tard, la plaque rouge se surélèverait et se transformerait en papule, dont le centre bientôt pustuleux, renfermerait une sérosité louche. Enfin, cette pustule s'ouvrirait, laissant voir un fond grisâtre et des bords anfractueux qui s'indureraient insensiblement, donnant à la lésion l'aspect du chancre dit primitif.

Les constatations de M. Deschamps sont en contradiction avec la manière de voir des syphiligraphes les plus autorisés, qui considèrent le chancre induré comme l'accident initial de la syphilis acquise.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

La carie dentaire.

Le Dr Paul Ferrier vient de faire un excellent travail sur l'état des os et des dents, en cas d'insuffisance des phosphates et des sels de chaux.

Quand les os perdent une quantité considérable de phosphate et de carbonate de chaux, ils deviennent ostéomalaciques. Dans l'ostéomalacie le phosphate de chaux qui était à l'état normal de 51 à 83 pour 100 tombe à 20 et même à 2 pour 100 ! Si la diminution est moins considérable, si par exemple la proportion de sels calcaires s'abaisse jusqu'à près de 40 pour 100, les os n'arrivent pas à cet état mou ; le sujet peut marcher, courir, se livrer à des exercices physiques, sans trouble apparent. Mais les os sont fragiles, se fracturent aisément. Le squelette est léger, pèse moins qu'un squelette normal, les os surnagent et, quand le sujet flotte sur l'eau, une grande partie du corps s'élève au-dessus de la ligne de flottaison. Le Dr Paul Ferrier insiste sur ce dernier caractère.

Il désigne cette légèreté des os sous le nom d'ostéocie. En même temps, sur le même sujet, les dents deviennent friables : c'est l'odontocie.

Les dents sont alors d'une couleur blanc crayeux ou bleuâtre ou encore d'un gris jaunâtre, tandis que les dents de bonne qualité sont blanc jaune ou jaune d'ivoire : c'est la couleur des sels terreux vus par transparence à travers l'émail. Il existe du retard dans leur évolution : elles branlent facilement dans leur alvéoles, les dépôts de tartre sont absents ou peu abondants. Elles se carient très facilement, ce sont des caries humides, rapides, molles ; la carie est noirâtre, inégale, terne, tandis que les caries dures ont une surface lisse et polie. La carie des dents incisives, rare quand les dents sont bien calcifiées, s'observe dans l'hypocalcification. Dans l'ostéomalacie proprement dite, les dents, comme les os, deviennent molles, l'odontocie n'est donc qu'un degré de l'ostéomalacie.

La cause de l'odontocie n'est pas une affaire de race, mais de nourriture. P. Broca et Magitot ont soutenu à

tort qu'il s'agissait d'une qualité de race. Dans la même famille, certains membres ont des dents de bonne qualité, d'autres des dents de mauvaise qualité. Le manque ou la mauvaise assimilation du phosphate de chaux et des eaux privées de bicarbonate de chaux amènent l'ostéocie et l'odontocie. Les eaux sulfatées calciques sont particulièrement mauvaises à ce point de vue. Les villes de Lyon et de Genève doivent la fréquence de la carie chez leurs habitants à leurs eaux privées de bicarbonate de chaux.

L'odontocie coïncide avec la période active de la formation osseuse, c'est-à-dire de 13 à 18 ans. La femme, pendant la grossesse, forcée de fournir la chaux au fœtus, se décalcifie et on sait la fréquence des caries dentaires durant la grossesse. L'administration de phosphate et d'eau bicarbonatée calcique arrête ces caries et donne des enfants dont la tête et le tronc se tiennent vigoureusement. L'abus des bonbons et des pâtisseries excite la formation de l'acide lactique dans l'estomac. Cet acide absorbé est un décalcifiant, et on retrouve les phosphates et les chlorures en grande quantité dans les urines. Les boissons non calciques, l'eau bouillie, le thé, la bière, le cidre, provoquent l'odontocie : de même les acides ingérés, acide citrique, acide chlorhydrique, sulfurique. Les eaux sulfureuses, si elles guérissent de la goutte, provoquent et hâtent les caries dentaires.

Les tuberculeux se décalcifient, dit-on, dès le début de leur maladie ; mais il est probable qu'ils deviennent tuberculeux parce qu'ils ont un terrain hypocalcifié favorable.

Le docteur Henri Roché avait également signalé la formation de caries dentaires multiples dès le début de la tuberculose et comme premier signe de cette maladie. Pour lui aussi, c'est un drainage des phosphates du tissu dentaire qui est la cause des caries si fréquentes dans la grossesse, la lactation et les maladies cachectisantes.

Le docteur L. Jacquet, médecin des hôpitaux, a noté la fréquence des caries dentaires multiples chez les sujets atteints de pelade : il y aurait une variation du trophisme général par diminution des sels phosphatiques et calcaires et ce terrain, propice aux caries, favorise également la pelade.

De ces études, on peut conclure qu'une dent très bonne et à ivoire dur peut, à un moment donné, se décalcifier. Si son revêtement d'émail était enlevé, on pourrait, de même que les os, la couper au couteau. L'absorption de phosphate et de carbonate de chaux durcit rapidement comme l'ivoire, comme le Dr Paul Ferrier a pu fréquemment le constater.

De cette intéressante étude quelle conclusion tirer ? Les gens qui ont un faible squelette pesant peu, dont les dents subissent des caries fréquentes et rapides sont tenus de savoir qu'ils ont un traitement à suivre. Le médecin ne peut leur conseiller de changer de pays pour absorber de meilleures eaux. Mais il leur ordonnera du phos-

phate de chaux soluble, le seul qui remplisse cette condition de solubilité est le glycérophosphate de chaux.

(*Le Corresp. méd.*)

Recherches sur la perméabilité rénale chez le vieillard

MM. P. Parisot et P. Jeandelize (de Nancy) communiquent un travail que résumant les conclusions suivantes :

L'étude de la perméabilité rénale, qui a une importance si considérable chez le vieillard, peut se faire en administrant par la bouche 0 gr. 20 d'iodure de potassium en capsule gélatinée, et en recherchant simultanément, dans la salive et dans l'urine, le début de l'élimination de l'iodure. A l'aide d'un papier réactif amidonné, trempé dans une solution de persulfate d'ammoniaque, suivant le procédé de Bourget, on apprécie facilement, par la réaction de l'iode sur l'amidon, le commencement de l'élimination,

Dans les trois quarts des cas chez le vieillard, le début de l'élimination de l'iodure de potassium par l'urine retarde sur le début de l'élimination de cette substance par la salive.

L'apparition simultanée de l'iodure de potassium dans la salive et dans l'urine n'entraîne pas la certitude absolue de la perméabilité du rein aux toxines, mais elle fournit une sérieuse présomption en sa faveur.

Chez quelques vieillards, l'élimination de l'iodure de potassium par la salive et par l'urine se prolonge au-delà des limites normales et rappelle la manière d'éliminer de certains brightiques.

L'ensemble de nos recherches sur l'élimination de l'iodure de potassium vient à l'appui de ce fait, mis en lumière par l'étude de la toxicité urinaire, à savoir que le rein du vieillard est, dans la grande majorité des cas, moins perméable que celui de l'adulte.

(*Gaz. hebdom. méd. chir.*)

Applications médicales de l'injection intrarachidienne de cocaïne

par M. ACHARD.

Depuis sa communication à la Société de neurologie sur les applications médicales de la cocaïnisation médullaire, il a employé ce procédé dans deux nouveaux cas.

Un malade, atteint de zona abdomino-crural, a été soulagé par l'injection de 2 centigrammes de cocaïne dans le rachis et a pu retourner à pied chez lui 2 heures après. L'autre cas concerne un sujet atteint de myélite syphilitique et présentant depuis plusieurs années des crises de priapisme douloureux qui lui avaient valu, il y a quelques mois, d'être arrêté par un agent de police,

inculpé d'outrage public à la pudeur, et incarcéré pendant un mois jusqu'à ce qu'un rapport médico-légal vint motiver une ordonnance de non-lieu.

L'injection intra-arachnoïdienne de 1 centigramme de cocaïne donna lieu chez lui aux inconvénients fréquents et passagers de la méthode (fièvre, céphalalgie, vomissements), mais supprima complètement le priapisme et les douleurs, et l'effet se maintenait encore 3 semaines après, lorsque le malade quitta l'hôpital.

On pourrait se demander, en présence de cas de sciatique améliorés par une dose minime de cocaïne, si la suggestion ne joue pas un rôle dans la guérison. M. Achard a, en effet, décrit, il y a quelques années, avec M. Soupault, une sciatique hystérique, curable par suggestion. Toutefois, dans les cas qu'il a rapportés, il croit pouvoir mettre hors de cause l'hystérie et attribuer à la cocaïne l'effet thérapeutique.

Il lui semble donc que la cocaïnisation médullaire, employée surtout par les chirurgiens et les accoucheurs, se recommande aussi à l'attention des médecins, d'autant plus qu'il n'est pas nécessaire, comme en chirurgie, d'obtenir une analgésie complète et durable, ni d'employer, par conséquent, des doses exposant à des dangers.

(*Ibid.*)

Sur le diagnostic de la tuberculose par les injections de sérum artificiel

par M. FINCK (de Nancy).

En 1895, M. Hutinel attirait l'attention sur l'élévation thermique considérable que l'on observait chez les enfants tuberculeux traités par les injections de sérum artificiel. De ses observations il concluait que l'intensité de l'élévation de température, observée dans ces cas, pouvait faire soupçonner la tuberculose sans cependant donner un signe de certitude.

En 1897, M. Sirot, de Beaune, posa en fait démontré que la réaction fébrile due aux injections de sérum artificiel est un signe pathognomonique de la tuberculose.

Les recherches expérimentales de M. Terre confirment absolument ces résultats.

En 1898, MM. Ardin-Delteil et Carrien, MM. Fraikin et Bisard réfutèrent totalement les affirmations de M. Sirot.

En 1899, MM. Combenale et Mouton, de Lille, contrôlant les résultats obtenus par le sérum à l'aide de la tuberculine, en arrivèrent à conclure que la réaction thermique, fournie par le sérum salé donne, non pas une preuve irréfutable, mais une présomption très forte dans le cas de tuberculose.

Sauf M. Hutinel, qui opérait dans des conditions particulières, presque tous les auteurs avaient constaté la parfaite innocuité, chez les tuberculeux, d'une injection

tion isolée de 20 centimètres cubes de sérum artificiel.

Dans le milieu militaire, le diagnostic précoce de la tuberculose est d'une importance capitale, puisque le double but que se proposent les médecins militaires est de favoriser la guérison des lésions en rendant le plus rapidement possible le soldat à la vie civile, et d'empêcher la contagion par la caserne.

Aussi, pensant trouver dans le sérum salé un moyen sinon infaillible, du moins d'une grande utilité. M. Finck a pratiqué systématiquement des injections de sérum salé chez les hommes suspects de tuberculose. Avant l'injection, les malades sont mis pendant quelques jours au repos absolu, et leur température est prise très régulièrement. La veille de l'injection, ils restent couchés pour qu'aucune fatigue ne puisse influencer la marche de la température. S'ils sont apyrétiques, on leur injecte sous la peau du flanc, à l'aide d'une seringue de Roux, 20 centimètres de sérum salé (eau 1000 ; sulfate de soude 10 ; chlorure de sodium 5) soigneusement stérilisé à l'autoclave.

La température est prise 3, 6, 9 heures après l'injection. A la troisième heure, elle ne diffère guère de celle prise avant l'injection. Mais vers la sixième heure, chez les tuberculeux, l'ascension est déjà de plus de 1 degré ; la température s'élève encore jusqu'à la neuvième heure ; le lendemain matin elle est redescendue à la normale.

Après l'injection, pendant la réaction, outre la sensation désagréable produite par la piqûre, on constate chez les tuberculeux un peu de céphalée, de lassitude ; le pouls est accéléré, fort et plein, la diurèse abondante ; aucune modification dans les signes stéthoscopiques ; le lendemain matin tout a disparu.

Des observations prises M. Finck en a retenu vingt-deux. Il a suivi ces vingt-deux malades pendant un an et davantage, et certains le tiennent d'une façon suivie au courant de leur état.

Dans seize cas de tuberculose absolument fermée, la concordance entre la marche de la température, les signes stéthoscopiques et l'évolution ultérieure a été parfaite. Il s'agissait, la plupart du temps, d'homme chez qui l'examen du thorax révélait soit un peu de submatité, soit une expiration prolongée ou une inspiration rude et grave sous la clavicule.

Dans quatre cas, où certains symptômes, soit généraux, soit locaux, pouvaient faire penser à l'existence d'un foyer de tuberculose débutante, les résultats donnés par le sérum et ceux qu'ont fournis les examens ultérieurs ont encore concordé.

Il s'agissait, en particulier dans l'un de ces cas, d'un jeune soldat de 22 ans, cultivateur, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, dans le courant de l'été 1900, avait maigri très rapidement et toussait un peu le matin. A l'auscultation on constatait, sous la clavicule, une inspiration rude et grave. L'épreuve du sérum artificiel ne donna lieu à aucune réaction. L'examen des crachats

fut négatif. Maintenu au corps, ce soldat a repris de l'embonpoint et a parfaitement supporté les rigueurs de l'hiver et les fatigues de la vie militaire. S'il avait été tuberculeux, sa tuberculose aurait certainement évolué au régiment.

Il en a été de même dans les trois autres cas, quoique les symptômes suspects aient été moins accentués.

Par contre, deux hommes, jeunes soldats arrivés avec le dernier contingent, porteurs de lésions tuberculeuses avec bacilles dans les crachats, et réformés à leur arrivée au corps, n'ont pas donné de réaction thermique à la suite d'une injection de 20 centimètres cubes de sérum artificiel.

De ces observations, il ressort que l'injection de sérum artificiel est un procédé commode et facile. Pratiquée une seule fois à la dose de 20 centimètres cubes ; elle ne donne aucune réaction fébrile chez les individus indemnes de tuberculose ; elle détermine chez les tuberculeux, aussi bien dans la tuberculose confirmée, une forte ascension de température dans les neuf heures qui suivent l'injection ; elle permet très souvent un diagnostic précoce ; elle peut, cependant, manquer chez certains tuberculeux. De sorte que si l'existence de ce signe permet de conclure presque certainement à la présence d'un foyer tuberculeux pulmonaire, son absence n'autorise jamais à rejeter le diagnostic de tuberculose.

(Gaz. hebdom. méd. chir.)

CHIRURGIE

Emploi de l'eau oxygène en chirurgie.

(Acad. roy. de méd. de Belgique)

M. Thiriar présente quelques observations relativement à la communication faite par M. Moreau, à la dernière séance, à propos d'un accident mortel que celui-ci voudrait imputer à l'eau oxygénée.

Comme M. Moreau, M. Thiriar pense que c'est un excellent antiseptique, mais il n'a jamais observé les dangers signalés par M. Moreau.

En ce qui concerne la douleur ressentie à la suite de son application, elle est due à un excès d'acide chlorhydrique que l'eau oxygénée du commerce renferme trop souvent et que l'on peut neutraliser par de la craie ou du bicarbonate de soude.

Quant au danger d'hémorrhagie secondaire, il n'existe pas, et si l'opéré de M. Moreau a succombé, le huitième jour après l'opération, à une hémorrhagie foudroyante, cet accident est dû, non à la désorganisation du catgut produite par l'eau oxygénée, mais à l'infection de la plaie. On sait, en effet, dit M. Thiriar, que l'hémorrhagie secondaire, arrivant ordinairement du huitième au quinzième jour, est due à une seule cause : l'infection.

Lorsqu'on obtient la réunion par première intention, la cicatrisation se fait en deux ou trois jours, et il n'existe aucun danger d'hémorragie. Mais s'il arrive de l'infection, un peu de suppuration par exemple, celle-ci peut empêcher le processus de réparation ; elle produit même de la désorganisation. Les lèvres de l'orifice artériel se désunissent, le caillot se désagrège et l'hémorragie survient.

L'eau oxygénée qui ne renferme pas trop d'acide chlorhydrique n'a, du reste, aucune action sur le catgut.

M. Desguin donne lecture d'une note de M. Gunzburg (d'Anvers), relatant les expériences qu'il a faites sur l'action de l'eau oxygénée sur le catgut.

De ces expériences, il résulte que, dans l'eau oxygénée, le catgut est modérément gonflé et altéré ; dans le formol, il reste inaltéré ; dans l'acide phénique, il est un peu aminci ; dans l'eau stérilisée, légèrement gonflé ; dans le sérum artificiel, très peu gonflé.

La résistance de ces fils, après dix jours d'immersion était la suivante : eau stérilisée, 3,800 grammes ; eau oxygénée, 1,600 grammes ; acide phénique, 4,050 grammes ; formol, 4,000 grammes ; sérum artificiel, 4,150 grammes.

L'hémorragie relatée par M. Moreau pourrait être attribuée, d'après M. Gunzburg, à ce que le nœud du catgut se serait desserré et aussi à la résorption du fil par les leucocytes. Ce qui tend à faire admettre cette action, c'est la désorganisation du caillot, qui suppose de la suppuration ou l'exagération de la phagocytose, car l'eau oxygénée est reconnue comme un excellent hémostatique.

Les autres inconvénients signalés par M. Moreau, l'irritation et la violente douleur provoquées par l'irrigation d'eau oxygénée, contrairement à l'observation de nombreux auteurs, appellent l'attention sur la composition de ce liquide, qui contient parfois, pour assurer sa stabilité, une proportion trop forte d'acide chlorhydrique.

Il y a donc lieu de surveiller la préparation et la purification de l'eau oxygénée.

M. Depaire signale la grande importance de la dernière phrase du travail lu par M. Desguin en ce qu'elle signale l'impureté de l'eau oxygénée du commerce. Lorsqu'on veut employer l'eau oxygénée en médecine, il est nécessaire d'avoir un produit de composition normale, et l'auteur du travail a donc surtout raison de dire qu'il faut veiller à ce que l'eau oxygénée soit pure et de bonne qualité.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

De la réduction sanglante des fractures.

M. Tuffier estime qu'on peut poser, en principe, que toute fracture diaphysaire doit être réduite complètement. Or il est impossible d'affirmer que cette réduction

est obtenue sans le secours de la radiographie. C'est un point que l'on ne discute pas. D'autre part, si quelque doute persiste, il est indiqué d'avoir recours à la réduction sanglante. C'est ce qui se présente fréquemment pour les fractures de jambe et de l'avant-bras, pour lesquelles une bonne coaptation est difficile à obtenir.

Cette réduction est-elle nécessaire et avantageuse ? M. Tuffier sait qu'un certain nombre de blessés peuvent ultérieurement bien marcher avec une coaptation non idéale, mais il en est d'autres pour lesquels cette coaptation présente des désavantages. D'autre part, le fragment non réduit joue le rôle de corps étranger, et, d'autre part l'adaptation à la marche ne peut se faire sans déterminer à la longue des lésions dans quelques articulations éloignées. Il vaut donc mieux chercher par l'incision une coaptation parfaite.

Cette opération est-elle bénigne ? L'ouverture d'un foyer de fracture n'est pas plus grave qu'une fracture formée, quand elle est faite par le chirurgien bien aseptiquement ; mais on doit y apporter toute son attention car ces foyers sont des milieux excellents pour les cultures.

L'opération est simple dans les deux premiers jours ; elle devient d'autant plus difficile qu'on opère à une époque plus éloignée de l'accident. Au début, M. Tuffier n'hésitait pas à dénuder largement. C'était un tort. Actuellement, il fait le moins possible de délabrements ; il suture les os et applique un appareil inamovible.

(Ibid.)

Moignon artificiel en vaseline pour la prothèse oculaire.

M. Rohmer présente un opéré qui a subi l'énucléation de l'œil gauche il y a 15 jours et à qui il injecta de la vaseline liquide dans le tissu cellulaire sous-conjonctival.

S'inspirant du travail de Gersuny (de Vienne) qui recommande ce procédé pour remplacer un testicule absent, pour soutenir et renforcer le voile du palais après suture d'un bec de lièvre, pour relever les cicatrices déprimées de la face, enrayer les varices, remplacer un sein amputé, oblitérer un orifice herniaire, enfin renforcer les sphincters vésicaux et rectaux, M. Rohmer a pensé qu'on pourrait peut-être par ce moyen remplacer le moignon de l'exentération destiné à soutenir l'œil artificiel et à éviter la difformité si repoussante que présente l'individu ayant subi une énucléation, difformité que la plus belle prothèse n'arrive pas souvent à atténuer. La vaseline, injectée dans le tissu sous conjonctival, y demeure indéfiniment en place sans s'altérer et sans produire d'irritation. Ainsi se trouve résolue aussi en même temps qu'éliminée la question des greffes de corps étrangers (boules de métal, de verre, pelotes de soie, d'éponges, yeux d'animaux, etc.), destinés à produire un moignon devant

remplacer celui de l'exentération et soutenir l'appareil prothétique.

Chez le patient opéré et présenté par M. Rhomer, c'est 15 jours après l'énucléation que l'auteur fit une première injection d'environ 2 centimètres cubes de vaseline liquide dans le centre de la cicatrice conjonctivale. 8 jours après, seconde injection d'environ 1 centim. cube 1/2 ; celle-ci date de 2 jours. Aujourd'hui même on a appliqué l'œil artificiel, et on peut dire que, comme aspect, le résultat est parfait. On ne voit surtout pas le fameux sillon cadavérique de la paupière supérieure, et l'œil de verre est doué de mouvements assez étendus.

Les suites des injections ont été extrêmement simples. L'opéré n'a ressenti qu'une douleur très modérée et pendant quelques instants seulement. Il n'est survenu ni gonflement ni œdème consécutifs. L'injection doit être faite avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, telles que les a recommandées Gernusy, et après coagulation de la conjonctive.

(Ibid.)

OBSTÉTRIQUE

Gangrène des membres inférieurs pendant les suites de couches.

par M. ANDÉRODIAS (de Bordeaux).

Cette étude est basée sur 23 observations, dont 2 personnelles, permettant d'établir que cette affection constitue l'un des accidents les plus redoutables des suites de couches.

Au point de vue étiologique et pathogénique, la gangrène des membres inférieurs pendant la période puerpérale compte toujours parmi ses antécédents : l'infection et toutes les circonstances qui la favorisent (albuminurie, hémorrhagie, avortement, intervention obstétricale).

Il faut distinguer deux groupes principaux parmi les variétés anatomiques de cette affection.

1° Les gangrènes d'origine artérielle résultant soit d'une embolie cardiaque, soit d'une endartérite oblitérante primitive (l'une comme l'autre étant d'origine infectieuse, et le plus souvent de nature streptococcique).

2° Les gangrènes d'origine veineuse qui ont été et sont encore très discutées. Les examens anatomiques pratiqués par M. Andérodias l'ont convaincu de la réalité de cette pathogénie dans certains cas : toutes les veines étaient thrombosées et il n'existait aucune lésion artérielle. La gangrène est alors toujours humide ; elle ne se trouve réalisée que lorsque la stase sanguine est assez absolue pour priver les éléments des tissus des principes dont ils ont besoin.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, on a signalé des gangrènes symétriques des extrémités dans les suites de couches (maladie de Raynaud).

Le pronostic est toujours sombre : sur trois cas de gangrène d'origine artérielle il y a eu 3 morts, mais sur 12 cas de gangrène veineuse il y eut seulement 7 morts. Pronostic général, 56 p. 100 de mortalité. La guérison n'a été obtenue qu'à la suite de l'amputation pratiquée, dans les cas de gangrène artérielle, aussitôt que le sillon d'élimination avait apparu. Mais l'amputation est contre-indiquée dans les cas de gangrène d'origine veineuse.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Procédé facile et sûr pour éviter la déchirure du périnée dans les accouchements au forceps

M. le docteur J. Menier a recours depuis plusieurs années à un procédé très simple et efficace à ce point que, depuis qu'il l'emploie, il n'a pas eu une seule déchirure à déplorer.

« Lorsque la tête a franchi le détroit inférieur, dit-il, que le périnée bombe et que la fourchette commence à se détendre, je prends le forceps de la main droite seule, au niveau de son articulation, la cheville entre l'index et le médus. Cette main unique suffit en effet pour terminer l'extension de la tête, à laquelle seules s'opposent les parties molles. Le forceps agit comme un levier du premier genre ayant son point fixe sous l'arcade pubienne.

J'applique alors la main gauche sur le périnée, de façon à bien sentir la tête du fœtus dans la paume de cette main ; l'index et le pouce circonscrivent l'angle inférieur de la vulve tout en laissant à découvert, afin d'en surveiller la distension ; puis, c'est là en quoi consiste tout le secret, j'appuie mon coude sur la partie inférieure de ma cuisse gauche.

La place varie un peu selon la hauteur du lit, suivant qu'on opère assis ou presque debout.

Le membre inférieur gauche est tenu dans la demi-flexion et repose sur le sol par les orteils seulement.

Dans cette attitude on obtient facilement un mouvement de la cuisse d'arrière en avant et de bas en haut d'une grande puissance. L'avant-bras n'est plus qu'une tige rigide qui relie la main à la cuisse et l'effort transmis à celle-là est considérable.

Mais ce n'est pas là tout l'avantage de la méthode.

L'accoucheur faisant en même temps l'effort d'extraction et la contention, il y a synergie entre ses deux actes. Il dose l'un et l'autre à sa guise : il sent sous sa main gauche le plancher céder progressivement, il le tâte pour ainsi dire, prêt à lâcher l'effort de la main droite si quelque craquement inquiétant se fait sentir.

Dans ces conditions il est facile et même nécessaire de donner à la vulve le temps de se dilater.

L'accoucheur peut se reposer quand il veut, sans crainte de fausse manœuvre. Il faut dix, quinze et quelquefois vingt minutes pour terminer ainsi un accouchement laborieux.

Lorsqu'on juge la vulve absolument inextensible, ainsi qu'il arrive assez fréquemment chez les primipares qui approchent de la trentaine, un coup de ciseaux à droite et à gauche de la fourchette vous tire d'embarras sans dommages pour la parturiente."

(Gaz. méd. du Centre — Gaz. des hôp.)

BACTERIOLOGIE

Sur une méthode de recherche du bacille typhique.

par M. R. CAMBIER.

Certaines cloisons poreuses se laissent aisément traverser par les bactéries, dans les conditions ci-dessous.

On dépose dans un large tube de verre fermé à une extrémité une bougie de porcelaine suffisamment poreuse ; tube et bougie sont à demi remplis de bouillon et stérilisés à 110°. Si l'on ensemence avec précaution le bouillon contenu à l'intérieur de la bougie au moyen d'une culture typhique pure, on peut constater déjà, après quelques heures d'étuve à 37°, que le bouillon entourant la bougie, qui était d'abord parfaitement limpide, présente maintenant un louche manifeste, traduisant le passage du bacille à travers les pores de la bougie de biscuit.

Tous les échantillons du bacille typhique se sont comportés de la même façon, à la rapidité du passage près. Les bacilles les plus mobiles sont ceux qui passent le plus vite à travers le filtre ; certains le traversent en moins de 10 heures, d'autres en 2 ou 3 jours. Un bacille conservé depuis 1896 par des repiquages fréquents sur agar, et ayant perdu toute mobilité, n'a passé qu'après 8 jours.

Les bougies Chamberland, marque B, et les bougies d'amiante de M. Garros ne sont pas traversées dans ces conditions. Il est question, ici, de culture à travers des parois poreuses, et non pas de filtration ; en effet, dans le cas de filtration, le bacille typhique est arrêté par la même bougie, qui est traversée par lui dans les circonstances indiquées plus haut.

D'autres espèces microbiennes sont capables de traverser les parois des bougies que nous utilisons ; cependant, de toutes les espèces banales que nous avons examinées jusqu'ici, aucun ne passe aussi vite que le bacille typhique.

Cette curieuse propriété du bacille typhique m'a suggéré l'idée de le rechercher dans l'eau de la façon suivante :

On sème une certaine quantité de l'eau à éprouver dans l'intérieur de la bougie, placée comme il vient d'être

dit dans un litre de bouillon à 38°. Dès qu'un louche se manifeste dans le bouillon extérieur, à l'aide d'une pipette effilée on en prélève une partie qu'on ensemence sur les milieux de différenciation habituels : lait, milieux lactosés, pomme de terre, etc., et qu'on soumet à l'examen microscopique et à la réaction d'agglutination.

Parfois le passage du bacille typhique est si net qu'on trouve dans le bouillon extérieur une culture pure de ce bacille. Parfois il passe mélangé d'une espèce étrangère dont on peut essayer de le séparer par une nouvelle culture en bougie ou par la culture sur plaques.

Dans de l'eau de Vanne renfermant du colibacille et artificiellement infectée de bacille d'Eberth, j'ai pu retrouver ce bacille soit immédiatement, soit 18 jours de conservation dans une armoire obscure du laboratoire. J'ai pu isoler facilement, par ce nouveau procédé, des bacilles typhiques de l'eau de Seine et de Marne, ainsi que de l'eau de certaines sources.

L'isolement du bacille des selles typhiques est actuellement à l'étude. Dans les cas les plus favorables, on peut, en 18 ou 20 heures, être fixé sur la présence du bacille typhique dans un échantillon d'eau ; seules, les méthodes de différenciation qu'il faudra toujours appliquer aux bacilles isolés par la culture en bougie retarderont de 2 ou 3 jours le diagnostic.

Je dois insister sur ce fait que les bacilles typhiques que nous avons ainsi séparés des eaux et des selles n'étaient agglutinés que par d'assez fortes doses de sérum spécifique (1 : 50 environ), d'un sérum très actif (1.3000) sur le bacille typhique de rate. On ne saurait, à mon avis, se baser sur ce fait pour leur contester leur nature typhique. Je démontrerai en effet, prochainement, qu'un bacille typhique extrait de la rate et très agglutiné par 1 : 3000 de sérum spécifique n'est plus agglutiné que par une dose beaucoup plus élevée du même sérum quand il a végété au contact du colibacille. En même temps, ce colibacille acquiert, de son côté, la propriété d'être nettement agglutiné à un taux compris entre 1 : 50 et 1 : 100 par le sérum typhique expérimental, propriété qu'il ne possédait pas auparavant.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LE MÉTÉORISME INTESTINAL CHEZ LES PETITS ENFANTS.

Sulfo-phénate de soude....	0 gr. 20 à 0 gr. 50
Sirup d'écorces d'oranges amères.....	5 gr.
Eau distillée de menthe poivrée.....	25 gr.

Mélez. Faire prendre quotidiennement trois cuillerées à café pendant 2 jours consécutifs.

(J. de méd. de Bordeaux).

Travaux Originaux

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE BACTÉRIOLOGIE A L'INSTITUT PASTEUR.

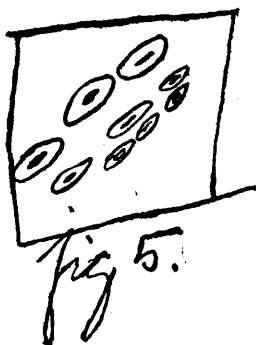
Recueillie par M. le Dr HENRI LASNIER, Montréal,
le 2 novembre 1896.

(Suite.)

Mycoderme vini ou fleurs du vin. — Voici une bouteille qui contient du vin. Vous savez, que si on expose du vin à l'air, au bout de quelques jours, on voit comme ici apparaître une mousse dessus. Vulgairement on dit que le vin est "en fleur." Cette pellicule est encore due à un microbe : le *mycoderme vini*, qui tire son nom du fait que le microbe forme une peau mince à la surface du liquide.

Le *mycoderme vini* est formé de cellules ovalaires plus allongées en chapelet, et se reproduisant par bourgeonnement.

Le *mycoderme vini* (fig. 5) est très avide d'air, aussi vous voyez qu'il se développe à la surface du liqui-



de. Au moyen de l'oxygène qu'il puise dans l'air, il brûle l'alcool, et le transforme en eau et en acide carbonique.

Il existe beaucoup d'autres de ces organismes unicellulaires, produisant de l'acide carbonique et de l'eau, se reproduisant par germination. Ce sont des microbes aérobies qui vivent aux dépens du sucre en l'oxydant.

Pour revenir à la forme des derniers microbes dont nous venons de parler, rappelons que le *mycoderme acéti* est plus petit que le *mycoderme vini*, ce dernier que la levure de bière. Le *mycoderme vini* à un noyau clair dans chaque cellule, très souvent deux.

Le *mycoderme vini* vit de la vie aërienne, vous en avez la preuve dans cette pellicule développée à la surface. Mais nous pouvons le faire vivre par immersion. Prenons

un liquide sucré, et plongeons-y du *mycoderme*, il se développera aux dépens du sucre et formera de l'alcool en dégageant des gaz.

Donc à l'air il transforme le sucre en acide carbonique et en eau, à l'abri de l'air il le transforme en alcool.

De là est venue la théorie de M. Pasteur, sur les fermentations alcooliques. On a là un fait évident du changement d'action de propriétés de ces êtres, de ces microbes, selon qu'on varie leurs conditions, leur milieu d'existence. C'est une moisissure devenue ferment.

Les moisissures vivent surtout bien dans les milieux sucrés et un peu acides. Si l'air manque à ces moisissures à ces *mucor mucedo* par exemple, on n'aura pas de filaments luxuriants, mais de cellules arrondies qui fabriqueraient non pas de l'acide carbonique et de l'eau, mais de l'alcool.

Tous ces *mycodermes*, ces moisissures, etc., ont donc la propriété de se développer à l'air et à l'abri de l'air. Ils sont donc à la fois aérobies et anaérobies.

Il y a bien d'autres moisissures qui peuvent vivre de ces deux vies... Voici un cristalliseur dans lequel on a mélangé du vin, de la bière et de l'acide acétique. Il y a à sa surface une pellicule comme à la surface de cette bouteille de vin. Ici c'est du vinaigre qui se forme. La peau diffère de celle du vin, elle est beaucoup plus mince, l'agent d'oxydation ou de fermentation est un autre microbe, c'est le *mycoderme acéti*. Lorsque la pellicule est laissée longtemps à elle-même, elle s'épaissit de plus en plus, et forme un gâteau qui tombe au fond du vase, et forme ce qu'on appelle vulgairement une "mère de vinaigre."

Au microscope cette pellicule est formée de cellules, très petites, plus petites que celles du vin, en forme de bâtonnets étranglés au milieu et disposés en chapelets :

A un fort grossissement, on voit que ces cellules ne donnent pas de bourgeons, mais s'étranglent et finissent par se séparer au milieu, en un mot se reproduisent par scissiparité, ce sont des schyzomicètes, c'est le premier exemple de bactéries qui feront le sujet du présent cours.

Fermentation lactique. — Le lait laissé à lui-même se coagule par l'action de l'acide acétique qui solidifie la caséine. L'agent de cette fermentation lactique est encore une bactérie, un microbe.

Infusion de foin. — Prenez maintenant dans ce cristalliseur cette infusion de foin (poignée de foin dans un flacon d'eau froide), vous voyez des petites pellicules qui surnagent. Il y a là toute une flore... une faune aussi ;

car il y a des formes particulières qui appartiennent au règne animal, des monades qui ne sont point des bactéries : ces colpodes, infusoires ciliés, les uns immobiles, les autres animés de mouvements rapides, et qui sont aussi des microbes, quoique appartenant au règne animal. Il y a peut être là encore l'hématozoaire qui cause, comme vous le savez, la fièvre malaria. Le cancer a peut être là aussi son microbe. Vous voyez qu'il y a pour nous un grand intérêt à examiner cette infusion de foin.

Ce sont tous des microbes du règne végétal, consistant en cellules fixes ou mobiles, grâce à la présence de cils vibratils, mais tous ces microbes sont très petits. Les uns sont courts, ronds, d'autres allongés en bâtonnets droits, courbes, accolés ensemble ou non. Souvent dans le cas de zoogléées, on voit un bâtonnet se détacher du groupe, se libérer; et devenir mobile après avoir percé l'atmosphère gélatineuse qui les agglutinait. Donc ces microbes peuvent être mobiles ou non. Les vibrions sont animés de mouvements. Les spirillum progressent par un mouvement en tirebouchon.

Le spiroquet rapproche les parties de son corps comme le ver ou le serpent. Si vous examinez ces microbes du foin, vous verrez qu'il y en a qui donnent des corpuscules brillants. C'est la spore.

M. Pasteur a observé ces corpuscules brillants réfringents, il les appelait "corpuscules germes". Ce sont eux qui perpétuent l'espèce.

Quand les spores sont murs, le bâtonnet disparaît et il ne reste plus que la spore reliée à sa voisine par un petit prolongement. On a comparé ce bâtonnet avec son spore à un microbe avec sa membrane d'enveloppe et son noyau. Ici encore ce spore a une plus grande vitalité que le microbe. Il résiste mieux que lui à la chaleur.

Les filaments, les prolongements qui unissent une spore à l'autre, peuvent être détruits à 60°, 66°. Pour tuer les spores, il faut une chaleur de 100°, 120°.

Ce fait est d'une grande importance au point de vue biologique, morphologique et pathologique.

On a généralisé le terme "spores" à tous les noyaux des bactéries.

Quand la spore se forme à l'intérieur des bâtonnets, ce sont des *endospores* et *arthospores*. Les bactéries qui se reproduisent par scissiparité. Ce mode ne peut cependant servir à une classification rigoureuse. La classification d'après ce mode que nous donnons à la fin de cet article n'est que temporaire.

M..... nous dit que certains microbes ont été considérés comme des endospores et n'en sont pas réellement.

Il ajoute que si on ne s'est pas rendu compte que ces points clairs ne sont que des solutions de continuité, des lacunes que présentent certains microbes en se desséchant ou sous l'influence de réactifs, c'est qu'on a mal observé, ou bien qu'on s'est placé dans de mauvaises conditions.

En tout cas l'importance des microbes est extrême, puisque sans eux, la vie des êtres supérieurs seraient impossible, même la connaissance de la bactériologie, puisque ces microbes représentent maintenant à eux seuls, presque toute la pathologie humaine, par exemple les maladies infectieuses.

(Le cours oral de M. Roux dure ordinairement deux heures, de deux à quatre heures, viennent ensuite les exercices pratiques de quatre à six heures, dont le sommaire est écrit sur le tableau à chaque cours).

Exercice pratique, du 1er cours. — Examen des diverses infusions placés sur la table. Faire des préparations de *mucor mucedo*, de *penicillium glaucum*, d'*aspergillus niger*, de levure de bière, *mycoderme vini*, *mycoderme aceti*, microbe de la macération de foin.

Technique. — Choisir dans ces cristallisoirs les plus jeunes moisissures avec une pince fine — les saisir par la base au niveau du shall, et les porter sur une lame, traiter par une goutte d'alcool ou d'eau ammoniacale à 5 % (ce traitement préalable permet à la moisissure de se mouiller, et par conséquent permet la pénétration des réactifs).

Fixer la préparation par une goutte de liquide de Fleming (lorsqu'on désire conserver la préparation), la couvrir d'une lamelle.

Laver à l'eau sous la lamelle (par capillarité) remplacer l'eau par la glycérine.

Border à la paraffine.

CLASSIFICATION DES MICROBES OU BACTERIES.

Endospores,

Formes rondes	{	Micrococcus achroleucus	{	Sarcina (Hanser)
		Bacillus		
Formes allongées ou bacillaires	{	Droits	{	Bacillus
				Chlostricum
		Spirales	{	Vibrio
				Spirillum
Filaments différenciés à la base et au sommet	{	sans gaine	{	Leptothrix (sans soufre)
				Beigiotoa (avec soufre)
avec gaine	{	Cladothrix	{	Crénothrix

Division longitudinale : Pasteuria Romosa (Metchnikoff).

Streptothricés : Intermédiaires entre bactéries et moisissures.

Arthrospartées.

- Formes arrondies { Micrococcus
Staphylococcus
Streptococcus
Mérista
Sarcines
Ascococcus
Leuconostos
- Forme longue { Bactérium
- Formes spirales { Spiriline
Spirochaetes

Classification de Cohn.

- Sphéro-bactéries.....Micrococcus
- Micro-bactéries.....Bacterium.
- Dermo-bactéries (filaments allongés).... Bacillus, Vibrio.
- Spiro-bactéries (filaments spirales)..... Spirillus,
Spirachoaetes.

Revue des journaux

MEDECINE

Traitement des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium.

par M. Albert MATHIEU.

La dernière épidémie de fièvre typhoïde a, on le sait, présenté une gravité relativement grande, avec fréquence particulière d'hémorrhagies intestinales. Peu satisfait des traitements habituels, M. Mathieu a cherché constituer une méthode meilleure en mettant en œuvre deux des moyens hémostatiques les plus récemment préconisés, les grands lavements à température élevée et le chlorure de calcium.

Les grands lavements très chauds ont été employés avec succès par R. Tripier, de Lyon, contre les hémorrhagies.

Contre les gastrorragies, R. Tripier conseille d'administrer 3 fois par jour un grand lavement d'eau à la température de 48° à 50°. Ces lavements doivent être continués au moins matin et soir pendant 8 jours après la fin de l'hémorrhagie. Le malade doit rester immobile dans la situation horizontale ; on lui impose une diète absolue au moins pendant 3 jours.

Le but de l'auteur est d'amener la contraction des petits vaisseaux à distance. Ce mode de traitement ne s'appliquerait pas aux seules hémorrhagies de l'estomac. "Du moment, dit-il, où l'on sait que le lavement d'eau chaude agit efficacement à distance, il n'y a pas de raison

pour ne pas l'employer dans tous les cas d'hémorrhagie interne ou externe, quels qu'ils soient."

Si R. Tripier cherchait à amener l'hémostase par le resserrement des petits vaisseaux, P. Carnot insistait sur deux moyens capables de favoriser la production de caillots oblitérateurs dans les vaisseaux béants. Il a de la sorte expérimenté dans le laboratoire et essayé cliniquement la gélatine et le chlorure de calcium. La gélatine paraît avoir eu plus de succès près des médecins que le chlorure de calcium. Cependant P. Carnot lui-même donnait la préférence à ce dernier agent.

"L'emploi de la gélatine à distance et en injection sous cutanée, dit-il, est encore une méthode mal réglée et dangereuse. Le traitement par ingestion ou injection du chlorure de calcium, qui procure les mêmes avantages, est plus simple, mieux connu et expose à moins de dangers."

Il était logique d'essayer les deux moyens dans le traitement des hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde. C'est ce que M. Mathieu a fait depuis un an dans les 7 ou 8 cas qui se sont présentés à son observation, timidement d'abord, puis avec plus de confiance, l'expérience clinique ayant été favorable.

Voici comment il institue actuellement le traitement dès qu'une hémorrhagie se produit chez un malade atteint de fièvre typhoïde.

Le malade est immobilisé le plus complètement possible ; les bains froids sont donc suspendus et remplacés par de simples enveloppements à l'aide d'un drap mouillé.

Le lait est supprimé et remplacé pendant 2 ou 3 jours par une certaine quantité d'eau.

On donne tous les jours un ou deux lavements d'un litre d'eau bouillie, à 48°, à faible pression, à l'aide d'un bock à injections placé à 20 ou 40 centimètres au-dessus du lit.

A chaque lavement on ajoute 4 grammes de chlorure de calcium, et on en fait prendre 2 grammes par la bouche en solution aqueuse.

Il lui paraît utile de compléter le traitement par une petite dose d'extrait thébaïque, 4 ou 5 centigrammes, en pilules d'un centigramme espacées. L'administration de l'opium a pour but d'immobiliser l'intestin.

Dans quelques cas il a de plus donné trois doses espacées de 5 grammes de sous-nitrate de bismuth. Ce médicament a la propriété de désodoriser les selles d'une façon remarquable.

Les grands lavements peuvent évidemment ramener du sang rouge, soit liquide soit en caillots, lorsque l'hémorrhagie n'est pas encore arrêtée ou que l'intestin ne s'est pas encore débarrassé du sang déversé dans sa cavité mais on ne connaît pas encore de cas dans lequel l'hémorrhagie n'ait pas fini par être arrêtée. Cette éventualité pourrait évidemment se produire si le vaisseau saignant était de calibre trop considérable.

Le plus souvent, le premier lavement a ramené des

caillots de sang plus ou moins noirs : les lavements ultérieurs en étaient exempts.

C'est un sérieux avantage de débarrasser l'intestin du sang extravasé. En effet, lorsqu'il séjourne dans le tube digestif, il s'y putrefie, ce qui devient une cause nouvelle d'intoxication et de fièvre. La fièvre se voit quelquefois après les hémorragies de l'ulcère simple de l'estomac, sous l'influence de la putréfaction du sang dans l'intestin ; les sels mélaniques sont toujours très fébriles.

Le lait est rendu au bout de quelques jours, en petite quantité d'abord. Au bout de 5 ou 6 jours, si le sang n'a pas reparu dans les selles, le traitement normal et les bains froids sont repris.

En cas de grave hémorrhagie, il peut être utile de faire de grandes injections sous-cutanées de sérum chloruré : il semble qu'on pourrait y ajouter une certaine quantité de chlorure de calcium. A. Carnot a quelquefois ajouté du chlorure de calcium aux solutions de gélatine administrées par la voie sous-cutanée.

Il y aurait lieu, du reste, de fixer d'une façon précise la posologie du chlorure de calcium.

Pour M. Carnot, ses propriétés coagulantes ne sont pas proportionnelles à sa quantité. Aux environs de 10 grammes au contraire, la coagulabilité du sang aurait tendance à diminuer. La dose utile serait de 4 à 5 grammes.

4 grammes de chlorure de calcium sont absorbés par la voie stomacale sans inconvénient en solution un peu étendue. Depuis un an environ, administré à cette dose dans tous les cas d'hémoptysie qui se sont présentés à l'observation, il a donné des résultats encourageants.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

L'insuffisance rénale dévoilée par l'étude graphique de l'appareil respiratoire chez le vieillard.

MM. Mayer et Paéisot (Nancy) ont étudié certains vieillards qui présentent une arythmie périodique rappelant un type atténué de la respiration de Cheyne-Stokes.

En examinant, par les procédés cliniques habituels ces vieillards, il est impossible de soupçonner la moindre arythmie respiratoire. Par l'exploration graphique prolongée, au contraire, à vitesse très lente, on est surpris de constater, chez le vieillard respirant alors sans se savoir observé, c'est-à-dire dans des conditions normales, des groupes de respirations graduellement croissantes et décroissantes, se succédant avec plus ou moins de régularité et pouvant quelquefois aller presque jusqu'à la pause, en un mot, un type atténué de Cheyne-Stokes.

Comment ces renseignements fournis par l'exploration physiologique échappent-ils à une investigation clinique minutieuse ?

C'est que le sujet, se sachant inspecté, palpé, ausculté, engagé à respirer fort, à tousser, etc., donne, sous les yeux ou sous l'oreille de l'observateur, à sa respiration le rythme ordinaire, normal ; ce résultat est dû soit à l'influence de la volonté du malade, soit aux impressions périphériques engendrées par les manœuvres de l'examen clinique.

En effet, lorsqu'on combine les deux procédés d'investigation, que l'on enregistre le graphique respiratoire pendant qu'un observateur se livre à l'exploration clinique dans la forme ordinaire, on voit immédiatement le graphique changer de caractères : de nettement périodique et inégal, il devient plus régulier plus ample, plus égal ; il revêt, dès lors, sensiblement le type normal.

L'attention que le sujet met à respirer, la mise en jeu de sa volonté ou les impressions périphériques suffisent à modifier la respiration et à transformer un type respiratoire habituellement périodique chez certains vieillards, en une respiration aux apparences normales.

L'existence de ce type de respiration périodique, forme atténuée et, à vrai dire, latente de Cheyne-Stokes, qui disparaît sous l'influence de l'activité psychique, est intéressante à connaître. En l'absence d'autres symptômes de brightisme, elle révèle une insuffisance rénale, permet d'interpréter certaines crises dyspnéiques des emphysémateux et de les combattre par une thérapeutique pathogénique. Enfin, cet état, au point de vue du pronostic, peut laisser craindre l'éclosion soudaine, sous l'influence de causes banales, d'une crise de véritable Cheyne-Stokes, par exagération du type latent et atténué que les méthodes de physiologie clinique nous ont seules permis de mettre en lumière.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

La rachicocainisation.

M. Walther apporte un nouveau fait dans la discussion actuelle.

Il s'agit d'une jeune femme qui avait été rachicocainisée pour subir une opération banale, — grattage de végétations ano-vulvaires, — et qui, aussitôt l'opération terminée, et tout s'étant bien passé sans le moins incident, crut pouvoir rentrer chez elle. Or 2 heures environ après l'injection, elle fut prise de gastralgies, de vomissements, de maux de tête, de vertiges, de tremblements généralisés ; ces symptômes, très intenses et très pénibles, persistèrent pendant plusieurs jours et la malade fut obligée d'entrer dans le service de M. Walther. Actuellement, elle se plaint de douleurs vives dans toute la hauteur de la colonne vertébrale ; il lui est impossible de se baisser et elle reste couchée en "chien de fusil ;" les mouvements de la tête sont également très douloureux.

la sensibilité est intacte, mais les réflexes patellaires et plantaires sont abolis ; la malade marche difficilement ; elle présente un tremblement épileptique des pieds ; il y a de la constipation ; enfin, la raie vaso-motrice est des plus nettes. Quelle est la nature et quelle est l'origine des ces troubles ? S'agit-il de méningite légère ou de méningi-me, de simples troubles vaso-moteurs dus à l'action de la cocaïne ?

M. Kermission. — Il est, en tout cas, inadmissible qu'on ait laissé partir cette malade aussitôt après la rachicocainisation. On a signalé trop d'accidents à la suite de l'emploi de cette méthode, d'ailleurs encore à l'étude, pour qu'il ne faille considérer comme une obligation absolue, pour tout chirurgien qui se livre à cette pratique, de garder et de surveiller ses opérés au moins pendant quelques jours.

M. Guinard signale un point de technique qui lui paraît peut être appelé à supprimer les accidents qui accompagnent l'injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien. Il lui a semblé notamment que ces accidents pouvaient être attribués à l'hypertension de ce liquide après l'addition de la solution cocaïnée. Aussi a-t-il pris la précaution, dans ses derniers essais, de soustraire au préalable une quantité de liquide céphalo-rachidien égale à la quantité de solution cocaïnique qu'il se proposait d'injecter. Et, depuis, il n'a pas observé aucun des troubles qu'on a signalés après l'injection. M. Guinard recommande, en outre, de faire la ponction à gauche de la colonne vertébrale, c'est-à-dire du côté où par suite de la légère convexité normale (convexité de compensation) de la colonne lombaire, les lames vertébrales offrent le maximum d'écartement.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Traitement osteoplastique des fractures de la rotule avec écartement.

M. Wolff préconise, pour le traitement de la fracture invétérée de la rotule avec écartement considérable des fragments, le procédé ostéoplastique qu'ont employé, il y a un certain temps déjà, mais d'une manière quelque peu différente, M. Rosenberger et M. Helferich. Il présente un jeune malade chez lequel il a commencé par rapprocher les deux fragments à l'aide de la griffe de Malgaigne, pour emprunter ensuite sur chaque moitié de la rotule un lambeau musculo-périostéo cutané, et suturer ensemble ces deux lambeaux. Il obtint ainsi la réunion osseuse des deux lambeaux ostéoplastiques tant entre eux qu'avec les fragments de la rotule, bien que ces deux derniers se fussent légèrement écartés après l'enlèvement de la griffe de Malgaigne. La consolidation est complète et le malade se sort de sa jambe sans difficulté.

(Ibid.)

Phlébite oblitérante d'une veine sushépatique.

par M. RENDU.

Un homme était entré à l'hôpital avec un ventre énorme, parcouru de grosses veines sous-cutanées énormément dilatées, un aspect typhique, 38°, 5, la langue sèche, une soif vive, des urines rares, rouges avec dépôt brique, donnant avec l'acide nitrique des pigments biliaires. Il racontait qu'il était malade depuis quelques mois, et qu'il souffrait surtout de douleurs épigastriques, de flatulences, de difficultés à digérer ; il avait beaucoup maigri, il avait eu une série d'accès fébriles et quelques épistaxis.

Le diagnostic de cirrhose hépatique semblait s'imposer. Néanmoins, la circulation collatérale était anormalement exagérée, tandis que le volume du ventre semblait surtout le fait de tympanisme plus que d'ascite. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines que l'ascite devint abondante ; une série de ponctions évacuatrices furent faites ; une fois le ventre vidé, on sentait au creux épigastrique une tumeur dure qui fit penser à un néoplasme gastro-hépatique. Le malade se cachectisa de plus en plus et succomba.

A l'autopsie, aucun néoplasme. La masse épigastrique était l'estomac rétracté et globuleux, large de 6 centimètres, avec des parois épaissies de 1 centim. 1/2. C'était un type de linite plastique.

Le foie présentait une lésion curieuse : tout le lobe droit était noir, gorgé de sang, tranchant par sa coloration avec le lobe gauche et le lobe de Spiegel qui avaient simplement l'aspect muscade du foie cardiaque. Il y avait une thrombose d'une grosse veine sus hépatique du lobe droit. L'examen histologique montra une phlébite des parois veineuses, avec absence de toute dégénérescence néoplasique tant dans le foie que dans l'estomac.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

THERAPEUTIQUE

La quinine et les bains frais dans la fièvre typhoïde.

Sous ce titre, M. Romme rappelle les différentes opinions qui ont actuellement cours dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Il y a un an, la Société de pédiatrie a consacré plusieurs séances à ce sujet. L'impression qui s'est dégagée de la discussion, malgré les efforts de M. Glénard, n'a pas été favorable à la méthode de Brand. Il semble que, chez les enfants du moins, on n'emploie la balnéation froide qu'en cas d'indications précises, et, quand on l'emploie, il faut prendre surtout en considération les réactions particulières de l'enfant : le premier bain sera donné à 35 ou 30 degrés, puis on abaisse progressivement la tem-

pérature pour arriver au bain à 25 degrés, quelquefois à 20 degrés. Quelques auteurs n'emploient que les bains tièdes, d'autres encore les bains chauds.

Erb vient de publier un véritable plaidoyer en faveur du traitement de la fièvre typhoïde par la quinine et le bain frais. La quinine sera donnée le soir, vers 7 ou 8 heures, quand la fièvre atteint son maximum. La dose, pour l'adulte, est de 1 gramme à 1 gr. 50. Elle est prise en deux fois, après un court intervalle. L'effet se manifeste le lendemain par une rémission matinale accentuée, de plus, l'ascension vespérale est moins élevée. La quinine ne sera plus donnée que quarante huit heures après la première dose, et ainsi de suite jusqu'à la défervescence.

Mais la quinine n'agit pas seulement sur la température. Dans la plupart des cas, elle exerce une influence très favorable sur toute l'évolution de la maladie et semble amener de meilleure heure la défervescence définitive. Les effets sont surtout nets quand on administre la quinine pendant la seconde moitié du second septénaire et dans les cas moyens; ils sont incertains dans les infections typhiques graves, surtout lorsque le début de la maladie remonte déjà à une quinzaine.

L'avis de M. Erb est partagé par M. Bink. Pour cet auteur, le sel de quinine à employer doit être toujours et partout le chlorhydrate de quinine, selon la formule de Lindwirm :

Chlorhydrate de quinine.....	2 grammes.
Acide chlorhydrique officinal...	2 —
Eau distillée.....	50 —

Prendre la moitié de la solution dans de l'eau additionnée au besoin d'un peu de vin blanc.

Chez les enfants, M. Marfan commence toujours par essayer la quinine sous forme de chlorhydrate, lorsque la température rectale, prise entre quatre et cinq heures, dépasse 39 degrés. Le lendemain matin, si la médication quinique a paru agir, M. Marfan la continue, sinon, il emploie tout de suite la balnéation froide en commençant par le bain à 32 degrés, dont la température est généralement abaissée, pour les bains suivants, à 25 degrés. Mais la médication quinique est certainement, lorsqu'on peut l'appliquer, celle qui donne les meilleurs résultats.

(Gaz. des hôp. — Journ. de méd. de Paris.)

DEONTOLOGIE

Nécessité des études deontologiques. — Définition de la deontologie.

par MM. P. LE GENDRE et G. LEPAGE.

Quand on quitte la Faculté de médecine muni de son diplôme de docteur, on pense qu'on est en état d'exercer la profession de médecin et qu'on n'aura guère à vaincre

que des difficultés scientifiques. Eh bien ! c'est là une illusion dangereuse. Le jeune docteur qui sort de nos facultés et de nos hôpitaux est trop peu préparé aux difficultés professionnelles qu'il va rencontrer, Il a bien entendu ses maîtres faire allusion, dans les conversations familières autour des lits et dans le trajet d'une salle à l'autre, à quelques-unes de ces difficultés. Mais en quoi consistent-elles exactement ? Par quels moyens pourrait-il les éviter ou en triompher ? Il ne s'en doute guère. S'il a la bonne fortune d'être enfant de la balle, il en sait naturellement plus long ; son père ou son oncle l'auront mis en garde et sa naïveté sera moindre. Mais pour les autres que de surprises... souvent désagréables ! Que de dangers même parfois les attendent ! Déjà même peut-être le jeune homme s'est-il lancé dans les études médicales sans réflexion sérieuse sur le caractère particulier de la profession à laquelle elles conduisent. Les conférences que nous avons entreprises nous ont paru pouvoir remplir un double but, combler peut-être une double lacune. Elles comprendront à la fois les avertissements nécessaires à ceux qui commencent leurs études médicales et les conseils à ceux qui, les ayant terminées, sont sur le point d'affronter les écueils de la pratique.

Au temps des anciennes corporations, avant qu'elles eussent dégénéré en instrument d'oppression des individus par une oligarchie, quand elles représentaient vraiment des familles professionnelles, les maîtres qui recevaient l'apprenti venant de leur demander les secrets de leur art, s'assuraient si le jeune homme avait bien la vocation et les qualités, ou tout au moins les germes des qualités nécessaires ; ils lui faisaient entrevoir les difficultés et le détournaient au besoin d'une carrière peu en harmonie avec ses aptitudes physiques ou intellectuelles. Plus tard, quand l'apprenti, ayant appris ce que son maître avait pu lui enseigner, avait conquis la maîtrise à son tour, le maître lui donnait les derniers conseils, lui communiquait ses plus fins secrets, l'avertissait de certains dangers. C'était là le beau côté des anciennes institutions tant qu'elles furent florissantes. L'histoire nous apprend qu'elles finirent par s'écarter tellement de leur caractère familial primitif qu'elles durent être brisées comme toutes les parties de l'ancien moule social.

La fin du siècle dernier a vu rompre ces traditions dans notre profession. Lors de la reconstitution des Facultés de médecine, l'Etat n'a guère eu en vue que l'enseignement scientifique et technique ; il ne s'est vraiment pas assez inquiété de la perpétuation des traditions morales, si importantes dans une profession comme la notre. En ce siècle, l'individu est devenu de plus en plus libre et isolé. Le médecin a connu l'indépendance absolue ; c'est peut-être dans la profession médicale que l'individualisme a atteint le plus haut degré. Mais, si cette indépendance et cet individualisme ont leurs avantages et leurs charmes, ils ont aussi des inconvénients et des dangers ; un jour est venu où l'individualisme outran-

cier a pu paraître nuisible à l'individu comme à la société. C'est à l'excès de l'individualisme, ayant pour conséquence la rupture des liens confraternels, que de bons esprits ont attribué un rôle important dans la crise professionnelle qui s'est manifestée vers 1845. Le malaise était alors si grand qu'un mouvement d'opinion énergique se manifesta parmi les médecins français en faveur du retour à quelque groupement corporatif ; il aboutit, après un congrès mémorable, à la formation de l'Association générale des Médecins de France, confédération de sociétés locales. Sans doute, l'assistance aux déshérités de la profession, l'organisation d'une mutualité ont été au premier plan des devoirs de l'Association. Mais le souci de la dignité professionnelle a tenu aussi une grande place dans la vie des sociétaires.

Pendant 30 ans, cet effort fédératif produisit d'incontestables effets et contribua à l'entretien des bonnes traditions ; puis d'autres causes de malaise survinrent. Les liens entre notre profession et la société contemporaine sont si multiples que tout événement économique ou social à sa répercussion sur notre condition. La catastrophe de 1870, l'amointrissement de la fortune publique, les crises agricoles dans certains départements, l'invasion du phylloxéra dans d'autres, les krachs financiers dans les grandes villes ont eu pour effet de diminuer les revenus et d'empêcher l'élévation du taux des honoraires médicaux qu'il eût fallu pourtant mettre en harmonie avec l'augmentation croissante du prix des objets, du poids des impôts et la dépréciation progressive de l'argent. Nous avons nous-mêmes généreusement contribué à provoquer ou à faciliter des améliorations sociales qui se sont retournées contre nous : la loi de protection de l'enfance, le développement des sociétés de secours mutuels, les lois sur les accidents du travail sont des acquisitions heureuses pour nos concitoyens, mais qui ont été ou sont encore, pour une partie du corps médical, des charges, trop peu compensées par des honoraires insuffisants. Puis le nombre des médecins a, pour des causes diverses que nous aurons à étudier plus tard, augmenté dans de telles proportions depuis quelques années qu'on a pu parler de l'encombrement médical. La concurrence a pu parler de l'envasement médical. La concurrence a pu parler de l'envasement médical. La concurrence a pu parler de l'envasement médical.

Alors se sont élevées les plaintes des praticiens, les récriminations contre les pouvoirs publics, qui leur demandent plus de sacrifices qu'aux autres parties du corps social, contre les maîtres qui, chargés de l'enseignement ou honorés de fonctions publiques, ont été accusés de ne pas assez s'inquiéter de leurs confrères moins heureux. Oui, vous entendrez dire de tous côtés qu'une crise sévit sur notre profession : il suffit de parcourir la presse médicale pour y voir des indices nombreux d'un malaise général, de divisions profondes entre des groupes de médecins qui vivent les uns vis-à-vis des autres en état d'hostilité. Déjà isolés dans la société qui ne les comprend pas toujours, tantôt les adule avec excès, tantôt les dénigre injustement, les médecins se déchirent encore

entre eux. Et cependant ils ont tout à gagner à s'unir ; car dans la société contemporaine, les isolés sont bientôt écrasés.

Pour s'unir ils doivent faire cesser les malentendus qui les divisent, malentendus qui découlent trop souvent d'une connaissance insuffisante des conditions nécessaires à l'exercice de notre profession, de leurs devoirs et de leurs droits, en un mot de la *déontologie*. Je n'en veux pour preuve que ces mots que M. le professeur Brouardel écrivait dans un livre récent : " Le jeune médecin, au moment où il vient d'obtenir son diplôme de docteur, se trouve aux prises avec de multiples difficultés ; elles lui semblent insurmontables. Il n'est pas alors sans reprocher, souvent avec juste raison, à la Faculté dont il sort, de ne pas l'avoir suffisamment renseigné sur les conditions nouvelles dans lesquelles il lui faudra vivre dans le cours de sa carrière ; en fait il ignore quels sont ses devoirs."

Il n'existe pas d'enseignement officiel de la *déontologie*. Les devoirs du médecin vis-à-vis de la société, du moins les principaux, ont été tracés par le législateur et par d'innombrables arrêts des tribunaux, qui ont créé une jurisprudence pour les cas litigieux mal délimités par les lois. Cette partie de la *déontologie*, sous le nom de jurisprudence médicale, ressortit aux chaires de médecine légale ; mais l'étendue des matières que leurs titulaires ont à enseigner est tellement considérable qu'il n'y a guère à espérer que malgré leur bonne volonté, — et elle est notoire, — ils puissent réussir à traiter les questions de jurisprudence médicale dans le laps de temps pendant lequel les étudiants peuvent chaque année aller les entendre.

La *déontologie* doit envisager encore certains devoirs vis-à-vis des malades, devoirs qui ne sont pas inscrits dans les lois, mais qui n'en sont pas moins importants, les devoirs vis-à-vis de leurs confrères, vis-à-vis des auxiliaires de la médecine, pharmaciens, sages-femmes, etc., et, outre les devoirs proprement dits, l'ensemble des usages et des convenances professionnelles.

Il y faut encore faire entrer la connaissance de nos droits pour laquelle Dechambre proposait le nom de *dicéologie*. Or cette autre partie de la *déontologie* n'a jusqu'ici trouvé place dans aucun enseignement officiel ; elle soulève d'ailleurs les problèmes les plus délicats de moralité et économie sociale. De remarquables ouvrages traitent sans doute de ces questions : Dechambre Juhel-Renoy, Morache, pour ne parler que des plus récents. Mais la connaissance n'en est pas vulgarisée parmi les étudiants, et d'ailleurs ces auteurs ont posé beaucoup de questions sans les résoudre. L'importance d'un enseignement de la *déontologie* a été bien mise en lumière dans le rapport du professeur Grasset au Congrès international de juillet 1900 : " Je ne crois pas, disait-il qu'on puisse pourtant demander la création d'une chaire spéciale, mais simplement que quelques leçons soient faites tous les ans aux élèves les plus avancés dans leurs

études, à la veille de leur installation comme médecin pratiquant."

C'est à combler cette lacune que nous nous sommes efforcées dès 1899, dans une série de conférences libres faites à l'Hôtel des Sociétés savantes, conférences que nous avons pu continuer en 1900 dans un amphithéâtre que M. le Doyen a bien voulu nous prêter. Nous lui sommes profondément reconnaissants de cette bienveillante hospitalité.

Notre prétention serait encore de ne pas nous adresser seulement aux étudiants qui sont sur le point de pratiquer, mais à ceux qui commencent leurs études ; il serait même à désirer que beaucoup des choses que nous allons dire fussent connues de ceux qui n'ont pas encore commencé, afin de leur faire apprécier l'étendue des difficultés et des devoirs inhérents à notre profession. Un jour viendra peut-être où cet avertissement sera donné au jeune Français avant qu'il n'ait pris sa première inscription de médecine, pour lui éviter les mécomptes qui découlent des fausses vocations. Il faut dire hautement et répéter qu'il n'existe peut-être pas de profession plus difficile que celle de médecin.

Certes elle est difficile. Elle l'a toujours été sans doute, mais combien plus complexe encore elle est à l'aube du XXe siècle que dans les époques antérieures. Elle est même si difficile, à envisager toutes les connaissances qui pourraient être requises du médecin, qu'on ne peut plus concevoir un homme capable de mériter ce titre, à moins d'avoir consacré à l'acquiescence le double d'années que la loi requiert. Qu'est en effet le médecin dans la société actuelle ? Une sorte de Maître Jacques devant répondre à toutes sortes d'exigences sociales : médecine et chirurgie avec leurs branches spéciales, demandant à elles seules des années d'apprentissage ; hygiène publique officielle et, pour ainsi dire gouvernementale ; médecine légale. Evidemment aucun homme ne peut avoir en tout cela une compétence suffisante pour garantir la société contre les inconvénients qui découleraient d'erreurs graves dans l'exercice de ces divers mandats. Il y a les médecins savants purs, vivant dans le laboratoire, les professeurs, les médecins des grandes villes et les spécialistes chirurgiens, accoucheurs, ophtalmologistes, laryngologistes, enfin les médecins des campagnes qui sont bien obligés d'être un peu tout cela. De là des spécialisations de plus en plus nécessaires, de là des catégories, appelées à devenir de plus en plus nombreuses, de personnes exerçant des professions différentes, n'ayant de commun entre elles que le diplôme de docteur en médecine et pour cette raison confondues par le public sous le vocable commun de médecins.

Les spécialisations ont déjà et auront de plus en plus pour résultat de créer des devoirs différents pour les docteurs en médecine qui exerceront chacune d'elles. Ils auront des devoirs généraux communs et des devoirs particuliers. La déontologie sera encore plus complexe ;

il y aura des nuances.

Mais laissons de côté tous les spécialistes. Tenons-nous-en pour aujourd'hui à la vie professionnelle du médecin praticien, qui borne son ambition à bien soigner les malades et ne demande à l'exercice de sa profession que de gagner convenablement sa vie et celle des siens.

Ne parlons pas de faire fortune ; il est douteux que cela se puisse, à moins de circonstances exceptionnellement favorables qui deviendront de plus en plus rares. Mais pour être assuré de gagner seulement bien sa vie par l'exercice irréprochable de sa profession, il faut déjà réunir un certain nombre de conditions nécessaires, mais, ajoutons, suffisantes ; car, loin d'afficher un pessimisme excessif, nous estimons, après avoir scruté bon nombre d'existences médicales parmi celles de nos anciens, de nos contemporains et de nos cadets, tenant compte à la fois des qualités de ceux qui ont réussi et des défauts de ceux qui ont échoué plus ou moins, nous croyons à l'exactitude des deux propositions suivantes :

1° Il n'y a guère de réussite possible dans notre profession sans la réunion d'un certain nombre de *qualités physiques, intellectuelles et morales* :

2° Si on a ces qualités, la réussite est certaine, plus ou moins rapide bien entendu et plus ou moins complète suivant d'autres circonstances indépendantes du médecin, mais accessoires.

Cela posé, qu'elles sont les *qualités nécessaires et suffisantes* ?

Parlons rapidement des **QUALITÉS PHYSIQUES**.

Nous ne nous attarderons pas à parler du "beau physique," cela n'importe guère. Une heureuse physiologie est un atout de plus, mais nous avons tous vu réussir des hommes très disgraciés physiquement.

Nous ne dirons pas qu'il est nécessaire d'avoir les principaux sens intacts : il n'est pas ordinaire qu'on ait l'idée de commencer sa médecine quand on est sourd ou aveugle ; mais on a pu voir un confrère devenu aveugle qui a continué à exercer sans perdre beaucoup de ses clients, et il y a des spécialités où il est permis d'être un peu dur d'oreille.

Les deux seules qualités physiques indispensables, mais elles le sont : c'est la *propreté* et la *bonne tenue*.

Ne vous récriez pas, si nous mettons la propreté en première ligne et si nous y insistons ; elle n'est pas aussi répandue qu'il serait souhaitable, nous entendons la propreté rigoureuse, sœur de l'asepsie, celle qui ne se contente pas des mains lavées, mais qui exige des ongles irréprochables, celle qui ne se contente pas d'habits non maculés, mais qui réclame les précautions nécessaires pour ne pas transporter des germes pathogènes. Vous connaissez l'anecdote attribuée à un célèbre ovariotomiste anglais ? Il y a déjà longtemps, c'était à l'aurore de l'antisepsie. A un visiteur aux ongles en deuil, qui lui demandait la raison de ses succès, il répondit paisiblement : "Je me nettoie les ongles."

La bonne tenue est toujours nécessaire, nous ne di-

sons pas l'élégance. Bien au contraire : le médecin doit être simple et de ceux qui passent inaperçus ; le costume varient suivant les milieux ; nulle part ni l'habit, ni la cravate blanche, ni même la redingote ne sont de rigueur ; mais il faut des vêtements d'une propreté irréprochable.

Le médecin ne doit exhiler aucune odeur désagréable, pas même celle du tabac qui répugne à la plupart des malades, même à ceux, bien portants, ne la détestent pas. Les doigts jaunis de l'éternel fumeur de cigarettes, sa barbe et ses vêtements sentant la fumée feront redouter au patient la palpation, la percussion et l'auscultation de la région antérieure du thorax et du visage.

Il faut se défier des habitudes prises pendant la vie d'étudiant ; rien n'est plus tenace qu'une mauvaise habitude.

Nous osons à peine ajouter la *sobriété* aux qualités somatiques requises du médecin, et pourtant on entend encore trop souvent parler de certains confrères dont leurs clients disent qu'ils sont d'excellents praticiens à condition d'être consultés à jeun et avant l'heure des apéritifs. Le médecin doit même avoir un certain raffinement de sobriété et de donner l'exemple de la lutte sacrée contre l'alcoolisme, qui dévore notre nation.

Un grave défaut de tenue consiste, pour certains médecins, à *bavarder* trop dans le monde sur leur profession, à parler trop des cas qu'ils ont vus, des remèdes qu'ils emploient, à laisser raconter sur leurs confrères des anecdotes peu flatteuses sans protester. Cela déconsidère la profession.

Les auteurs des traités de déontologie parlent encore de l'âge et même du sexe du médecin.

L'âge, à vrai dire, n'importe guère ; si le médecin même jeune montre les qualités d'un homme mur, il sera rapidement accepté par la majorité des clients : par contre, si l'âge ne l'a pas rendu sérieux, il restera à bon droit suspect, même sous les cheveux blancs, à certaines mères de famille.

Quant au sexe, les discussions qu'a soulevées naguère l'accession des femmes au doctorat en médecine n'ont plus guère d'écho, même dans les théâtres joyeux ; la plupart de nos confrères féminins ont su se faire une place honorable parmi nous.

INTERETS PROFESSIONNELS

Convention des médecins du district de Saint-Hyacinthe.

Adresse du docteur J. C. S. GAUTHIER,
de Saint-Ephrem d'Upton.

Messieurs,

Je suis un peu confus de l'honneur que vous me fai-

tes en me demandant de vous adresser la parole pour l'ouverture de la Convention des médecins du district de Saint-Hyacinthe. Je désire vous en exprimer toute ma reconnaissance et je profite de la première occasion qui se présente pour vous souhaiter à tous la plus cordiale bienvenue.

Je suis heureux de vous voir réunis ici en aussi grand nombre, votre présence est une preuve évidente que vous avez entendu l'appel d'un confrère qui n'a pas d'autre but que l'avancement de nos intérêts professionnels et l'amour de la science médicale que vous partagez avec lui.

Si j'ai pris l'initiative de cette réunion générale des médecins du district de Saint-Hyacinthe, c'est que je comprenais que nous avions besoin de nous rallier et de nous compter au commencement de ce nouveau siècle, qui fixe une époque dans la vie médicale de chacun de nous. Arrêtons-nous un instant dans cette course que nous poursuivons depuis plus ou moins longtemps et songeons au progrès accompli pendant ce siècle qu'on a surnommé avec raison le siècle de lumière.

Je vois autour de moi des médecins de tous les âges, nos souvenirs nous portent pour un certain nombre d'entre nous du moins, à vingt, trente années en arrière.

Je demande aux plus âgés si dans le cours de leur vie médicale ils ne sont pas passés de surprise en surprise, de merveille en merveille, en considérant les progrès immenses qui se sont opérés dans toutes les branches de la médecine et de la chirurgie.

Je n'ai pas l'intention de faire passer devant nos souvenirs toutes les grandes découvertes du siècle ; qu'il me soit permis seulement d'honorer la mémoire des grands noms de Pasteur et de ses élèves Roux et Yersin, qui se sont immortalisés par leurs travaux morphologiques et biologiques des bactéries.

Les découvertes de ces grands maîtres de la science, qui sont nos contemporains, nous permettent de les appeler les plus grands bienfaiteurs de l'humanité. La sérothérapie qui a pris naissance à la suite des théories soutenues et vulgarisées par ces hommes illustres, occupe la place la plus importante dans la thérapeutique des maladies infectieuses et grâce à l'antitoxine de Roux et Berring et le bacille de Klebs.

Coëffer a été vaincu. Le streptocoque de la fièvre puerpérale, de l'érysipèle, de la scarlatine est aujourd'hui jugulé par le sérum anti-streptococcique de Marmorec.

Le sérum anti-variélique a aussi donné des preuves éclatantes de son efficacité et cette seule application de la sérothérapie aurait suffi pour illustrer le père de cette nouvelle médication. Je terminerai cette série incomplète, par le sérum anti-tétanique qui trouve même son application comme traitement préventif du tétanos dans les grands traumatismes par écrasement et arrachement des membres.

Il me faudrait passer en revue toutes les branches de la médecine pour vous parler des progrès immenses

qui ont marqué la dernière partie du dix-neuvième siècle. Mais je ne puis passer sous silence les bienfaits de l'antisepsie et de l'asepsie qui ont tant favorisé la chirurgie et l'obstétrique.

Le grand chirurgien Lyster qui a vulgarisé les méthodes antiseptiques en chirurgie et Summel Weis, de Vienne, qui a fait connaître les causes d'infections puerpérales, les moyens de les prévenir et de les combattre par l'asepsie, ont tous deux laissé leur nom à la postérité.

Cette évolution s'est produite depuis vingt-cinq à trente ans, plusieurs parmi nous se rappellent la mortalité et la morbidité effrayante des opérés et des femmes en couche ; la statistique ne proclame-t-elle pas aujourd'hui les bienfaits et les services que ces hommes ont rendus à l'humanité ?

Au nombre des gloires médicales, la reconnaissance et l'admiration nous rappellent les noms illustres de Laéme, de Bretonneau et Trousseau son élève, lui qui entrevoyait déjà, par une heureuse intention, l'avènement de la bactériologie et prédisait la découverte des microorganismes de l'infection purulente, de la dysenterie, du choléra et de la fièvre typhoïde.

La vulgarisation de la thoracentèse et de la trachéotomie ne suffisait pas à la gloire de Trousseau, il lui fallait laisser à la postérité un souvenir impérissable de sa science et de son érudition, dans ses admirables cliniques de la Charité.

Charcot qui a systématisé les maladies de la moëlle épinière et classifié les névroses. Duchène, de Boulogne, qui a fait connaître l'ataxie locomotrice et beaucoup d'autres maladies nerveuses. Koch qui nous a montré les ravages du bacille de la tuberculose et nous a mis sur la voie d'une thérapeutique efficace pour combattre cette plaie du genre humain.

Gull et Sutton qui ont eu la conception de l'artériosclérose, tous ces hommes ont coopéré par leur génie à faire avancer la science médicale à pas de géant.

La chimie, la physique, l'anatomie, la pathologie générale, la bactériologie, en somme toutes les sciences et tous les arts ont rivalisé entre eux pour porter la médecine et la chirurgie à des degrés de perfection inconnus avant nous. La radiographie, l'électricité médicale, qui prêtent un concours si efficace aux chirurgiens pour le diagnostic, et aux médecins pour le traitement d'une foule de maladies.

L'entéroclyse et l'hypodermoclyse avec le sérum artificiel d'Heyam, ne sont-elles pas des conceptions admirables qui aident efficacement la nature à éliminer les poisons infectieux et les toxines, augmentent la tension artérielle, stimulent les centres nerveux et le cœur et activent la diurèse et la transpiration. Qui d'entre vous n'a pas constaté les effets thérapeutiques merveilleux de ces deux grands moyens si efficaces pour combattre le choc nerveux des grands traumatismes acci-

dentels ou post opératoires et les hémorragies post-partum.

Si j'étais appelé à me prononcer sur la plus grande découverte médicale après celle de Pasteur, je n'hésiterais pas à donner la palme à l'antisepsie et à l'asepsie qui ont permis aux chirurgiens et aux gynécologistes d'ouvrir impunément toutes les cavités phlanchniques et de pratiquer des opérations qui étonnent et font l'admiration du genre humain. Le péritoine et la plèvre n'offrent plus cette intolérance qui faisait le désespoir des chirurgiens et l'on a vu Péan en France, Lairson Taiht en Angleterre, Emimet Thomas, Mundé en Amérique, pratiquer la chirurgie abdominale avec une hardiesse et un succès phénoménale.

A tous ces hommes éminents, qui nous ont guidés dans la voie du progrès et du succès, nous devons toute notre admiration. Mais nous avons aussi contracté une dette de reconnaissance envers nos maîtres à nous Canadiens-français, à ceux qui ont passé leur vie dans l'enseignement médical et ont créé la médecine canadienne-française. Les noms qui se présentent à ma mémoire sont ceux des Monro, de Trudel, de Bibaud, de Rottot, de Brosseau, d'Hingston, de Desrosiers et de tant d'autres qui ont guidé nos premiers pas dans la science médicale.

D'autres membres de notre profession se sont aussi distingués sur d'autres théâtres, vers lesquels leurs aptitudes et leur ambition les a poussés. Chenier qui est mort sur le champ de bataille, en défendant nos droits, notre langue et notre religion. Son digne successeur dans la paroisse de Saint-Eustache, le docteur Marcell, qui s'est distingué dans la chirurgie et la politique, ont droit à notre souvenir. Le docteur Nelson qui a pris la cause des canadiens opprimés et qui fut le bras droit du grand Papineau, était aussi un des nôtres.

Permettez-moi, messieurs, une incursion dans notre propre district et je mentionnerai avec orgueil le nom de notre distingué confrère de Saint-Hilaire, le docteur Choquet qui est en frais de s'illustrer dans la littérature.

Si nous sommes fiers de ceux qui nous ont précédés sur la route que nous poursuivons aujourd'hui et si nous voulons perpétuer la mémoire de ceux qui ont créé la médecine française au Canada, nous devons nous former en association et coaliser nos forces vives à celles de nos confrères des autres districts qui travaillent d'un commun accord pour fonder cette association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

C'est pour soumettre cette importante question à votre appréciation et à votre étude que je vous ai invités à vous réunir ici aujourd'hui. Cette grande idée qui a pris naissance à Québec, le berceau de notre nationalité, lors du conventum de la Société médicale du district, en juin dernier, a soulevé l'enthousiasme de tous les médecins de la province, et d'un bout à l'autre du pays, on voit surgir des sociétés médicales de district qui travaillent au succès de ce grand projet.

Je crois que l'occasion est favorable de fonder une association qui réunira en un corps homogène tous les médecins de langue française de l'Amérique. Par ce moyen nous donnerons à la médecine française, celle que nous allons puiser au cœur même de notre ancienne mère-patrie, la place prépondérante qu'elle doit occuper sur ce sol d'Amérique. Cette union nous donnera la force et le prestige nécessaires pour défendre nos droits et faire respecter la profession médicale qui semble être une quantité négligeable aux yeux de nos législateurs.

Qu'il me suffise pour vous faire comprendre toute ma pensée, de vous rappeler les bills Roy et Tellier, qui ont été adoptés par la législature et qui font maintenant partie de nos statuts.

Une autre question importante qui sera soumise à votre considération, c'est le projet de loi du docteur Roddick, concernant la création d'un bureau central d'examen et la réciprocité de licence interprovinciale. Ce projet de loi demande d'être étudié sérieusement par les médecins canadiens avant de permettre son adoption. Le docteur Roddick, qui, je veux bien le croire est rempli de bonnes intentions et désire le progrès médical, ne semble pas apprécier l'inconvénient de la centralisation du pouvoir ; le sacrifice de notre autonomie provinciale et l'isolement de la province de Québec. Messieurs, ces quelques idées que je sou mets à votre discussion méritent une étude sérieuse et approfondie, tout en mettant de côté nos sympathies nationales, pour le bien commun de la masse de la profession.

Je profite de cette réunion générale des médecins du district de Saint-Hyacinthe, pour attirer votre attention sur notre faible représentation dans le bureau des gouverneurs du C. de M. et C. de la P. Q. En considérant les amendements à la loi médicale qui ont été proposés par le bureau et adoptés par la législature à sa dernière session, on dirait que la représentation de l'important district que nous habitons a été reléguée dans l'ombre. N'accusons personne, nous sommes les plus coupables, car nous n'avons pas assez surveillé nos intérêts et trop négligé ceux des médecins des districts ruraux qui ne possèdent certainement pas leur part d'influence dans le gouvernement des affaires médicales. Cette négligence sera réparée lorsque nous veillerons avec plus de soin sur nos propres intérêts et que nous aurons une organisation aussi parfaite que celle de nos confrères des grandes villes, et dans ce but de protection ressuscitons notre société médicale du district de Saint-Hyacinthe.

Permettez-moi de vous citer quelques chiffres. La population médicale de la Province de Québec se compose de 1066 médecins. La proportion de la représentation des médecins dans le bureau médical est de un gouverneur pour trente et un médecins, si l'on déduit les représentants des universités qui sont au nombre de six pour la ville de Montréal, et de deux pour la ville de Québec. Si nous ne tenons pas compte de ces représentants, nous arrivons à une proportion de un gouverneur

par vingt-cinq médecins en chiffre rond. Maintenant, messieurs, comparez ces chiffres avec le nombre de médecins résidant dans le district de Saint-Hyacinthe ; nous sommes cinquante-deux, vous toucherez du doigt la disproportion. Faites la comparaison pour les différents districts de la province de Québec au point de vue de la représentation de chacun dans le bureau médical. Vous trouverez pour le district de Trois Rivières, un gouverneur pour trente-neuf médecins, district de Saint-François un gouverneur pour vingt-six médecins, le district de Québec un gouverneur pour vingt médecins, et si je prends les chiffres du docteur Ahern, le président de la Société médicale de Québec, j'arrive à une représentation de un gouverneur pour seize médecins. La représentation de la ville de Montréal est de un gouverneur pour trente et un médecins.

Je ne suis pas prêt à admettre que les médecins des grandes villes soient supérieurs aux médecins des districts ruraux. Mais si j'en juge par le nombre des représentants des villes dans le bureau médical, je suis obligé d'admettre que nous sommes leurs inférieurs, dans une proportion alarmante, au point de vue du nombre, j'entends. Si vous examinez la liste des membres du bureau actuel, vous trouverez tout au plus huit ou neuf gouverneurs qui résident en dehors des villes, ce qui ne représente pas le quart de la représentation.

Vous avez là l'explication de la différence blessante que l'on est habitué de faire entre les médecins des villes et ceux de la campagne, quand il s'agit d'adopter un tarif d'honoraires, comme si nos services à la campagne ne valaient pas ceux des médecins des villes.

J'en ai fini avec toutes ces questions que j'abandonne à vos réflexions, toutefois je dois vous faire remarquer que depuis la réorganisation du Collège de M. et C. en 1877, la représentation du district de Saint-Hyacinthe à toujours été plus juste qu'elle est aujourd'hui, en ce sens que depuis cette date jusqu'en 1898, excepté en 1880, nous avons toujours compté deux gouverneurs dans le bureau médical.

Je crois que nous devrions insister auprès du bureau de médecine et de la législature, pour obtenir notre part de représentation. Cette démarche serait facilitée par le grand nombre de médecins qui représentent maintenant les districts ruraux dans la législature, au nombre desquels nous comptons notre distingué confrère, le docteur Daignault d'Acton, représentant du comté de Bagot.

Le principal but de notre réunion aujourd'hui est la fondation d'une Société médicale, pour le district de Saint-Hyacinthe. J'espère que nous allons de suite jeter les bases et adopter les règlements qui serviront à créer une Société durable et prospère. C'est le moyen le plus efficace de travailler au progrès de la profession médicale en stimulant notre courage à l'étude, et de cimenter cette union et cette concorde qui doivent régner parmi les membres d'une même profession.

C'est aussi le moyen d'acquérir le respect des corps

politiques, des législateurs et du public en général. Cet esprit de corps qui va s'établir parmi nous sera le gage d'une confraternité durable qui ne pourra qu'augmenter le zèle que nous devons avoir pour défendre les grands intérêts de la profession.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° *Les processus généraux*, par A. Chantemesse et W. W. Podwysotsk. 1er volume de ce bel ouvrage, dont le 2ème volume paraît l'année prochaine. Chez C. Naud, Paris.
- 2° *Syphilis tertiaire du nez chez une jeune fille*, par Marcel Natier, de Paris. La Parole, Paris.
- 3° Marcel Natier. *Diverses communication faites à la Société française d'otologie et de laryngologie*.
- 4° *German Text-books half a Century ago*, by A. Jacobi, New-York. Extrait du N. Y. Med. Journal.
- 5° Carl Huber — *Laboratory Work in Histology*. 3ème édition, \$1.50. George Wahr, Ann Harbor, Mich.
- 6° H. Parkyn. — *A Mail Course in Suggestive Therapeutics and Hypnotism*. 3ème édition. Chicago School of Psychology.

Nous sommes forcés de remettre au mois de septembre prochain, l'analyse des ouvrages ci-dessus, dont nous accusons réception.

Cliniques médicales iconographiques, par MM. Haushalter ; G. Etienne ; L. Spillmann, agrégés, de la Faculté de médecine de Nancy ; Ch. Thiry, ancien interne des hôpitaux de Nancy. Publication in-4e Jésus comprenant 62 planches, composée de 398 figures en phototypie portant sur 284 observations, Publié en 8 fascicules, qui paraîtront à raison de 1 fascicule par mois de mai à décembre 1901. En souscription : Prix 50 francs. C. Naud, éditeur, 3 rue Racine, Paris.

Les cliniques médicales iconographiques diffèrent essentiellement de la plupart des ouvrages médicaux publiés jusqu'à présent : elles ne sont pas un traité, c'est un atlas, c'est aux yeux du lecteur qu'elles s'adressent.

Le présent Atlas n'a pas la prétention de montrer ce qui "se voit" en médecine, la variété des cas est si grande, qu'un seul ouvrage comme celui-ci suffirait à peine pour chaque chapitre de la pathologie. Néanmoins il constitue un ouvrage assez respectable : 62 planches, contenant plus de 400 figures, se rapportant à près de 300 malades.

Recueillies au jour le jour, au hasard de la clinique, les photographies ont autant que possible réunies en un

certain nombre de groupes, se rapportant à diverses séries morbides. C'est ainsi que l'on a pu combiner des assemblages plus ou moins riches de figures, représentant les différentes modifications des formes, de l'habitus, de l'attitude, dans les amyotrophies progressives, la paralysie et l'hémiplégie infantile, la névrite périphérique, la rigidité spasmodique infantile, l'hydrocéphalie, la maladie de Basedow, le myxœdème, le rhumatisme chronique, les gangrènes, etc... ; plusieurs des planches se rapportent à des altérations cutanées dans les maladies générales, les trophonévroses, les dermatoses, la syphilis etc...

Le texte qui accompagne chaque planche est subordonné à l'image. C'est un court résumé de l'observation clinique, s'attachant surtout à mettre en relief ce que représente la figure. De considérations générales, il y en a fort peu, juste ce qu'il faut pour remettre en mémoire certaines grandes lignes de la pathologie. Le texte est avant tout explicatif des documents figurés.

Cet Atlas, on le voit, représente une formule nouvelle, qui fera son succès. C'est un document du premier ordre par comparaison avec les volumes de clinique non illustrés, qui ont été publiés en grand nombre jusqu'ici.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES DOULEURS RHUMATISMALES.

(Dr Maurice.)

Salicylate de méthyle.....	25 gr.
Gaïacol.....	} 5 gr.
Essence de térébenthine.....	
Lanoline.....	15 gr.
Vaseline.....	25 gr.

M. s. a.

Appliquez rapidement une couche de cette pommade sur la jointure douloureuse et recouvrez immédiatement d'une feuille de taffetas chiffon.

Renouvelez l'application 2 fois par jour.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

SOLUTION POUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHOROÏDIENNES.

Rp. Cyanure de mercure....	30 cent.
Chlorhydrate neutre de cocaïne.....	25 —
Eau.....	275 —
Eau de laurier-cerise....	25 —

M. S. A. Usage externe.

Cette solution peut être employée avec un réel avantage en fomentation oculaires chaudes, répétées plusieurs fois par jour, pour combattre les choroïdes atrophiques progressives de la myopie et les atrophies choroïdiennes disséminées des gouteux.

Travaux Originaux

CLINIQUE DE M. LE PROF. TILLAUX (1)

Le malade qui fera le sujet de la présente leçon est un homme âgé de 68 ans, cocher. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels. Il y a cinq ans il s'aperçut d'une petite grosseur à la face interne et supérieure de son bras gauche, une noisette : mais qui depuis a augmenté jusqu'à prendre les proportions d'un gros citron. Point de douleur, mais de la gêne.

La tumeur est allongé dans le sens de l'axe du bras. Son relief sous la peau est très net, très appréciable.

Quels sont les caractères cliniques de cette tumeur ? La peau, à l'inspection, est normale : couleur, épaisseur et mobilité ; pas de dilatation vasculaire. La couche sous-cutanée est aussi normale à la palpation ; la tumeur est lisse, régulière et uniforme ; la consistance aussi paraît être la même partout si on ne fait que promener la main dessus. Si on recherche plus attentivement cette consistance on la trouve un peu fluctuante (en mettant les mains aux deux pôles de la tumeur). Pas de battements artériels, pas de bruit de souffle.

Quelles sont ces connections avec les parties ambiantes ? Le bras au repos, et la tumeur à pleine main, la tumeur est mobile latéralement mais moins mobile dans le sens vertical. La contraction du biceps n'a pas d'action sur la tumeur. Si on fait faire de l'adduction au malade, et qu'on s'y oppose, c'est-à-dire si on fait contracter le coraco-brachial, la tumeur est moins mobile ; si enfin on fait contracter le triceps, elle s'immobilise complètement (bras fléchi et on s'oppose à sa déflexion). Pas de ganglions dans l'aisselle.

Signes physiologiques. — Pas de douleur spontanée, ni (ou à peine) provoquée ; pas de douleur lancinante sur le trajet des nerfs du plexus brachial. Bonne santé générale, urines normales.

Qu'est-ce que cette tumeur sous-aponévrotique ? La première impression était celle d'un névrôme du nerf médian, car le siège le plus fréquent du névrôme est sur le nerf médian du bras gauche à son extrémité supérieur. Mais ça ne peut être ni un névrôme superficiel ni un névrôme périphérique du nerf médian, parce que dans les névromes la tumeur est mobile, il est vrai dans le sens latéral, mais elle est complètement immobile dans le sens vertical, le nerf ne peut pas descendre ni remonter. Le né-

vrôme est indépendant du système musculaire, par conséquent la contraction des muscles ne modifie pas sa mobilité. On ne conserverait pas un névrôme, du nerf médian aussi indolent, ne produisant ni douleur spontanée, ni provoquée, ni rayonnante sur le trajet du nerf.

C'est une tumeur fluctuante musculaire. Sera-ce un lipôme ? Un lipôme enkysté ? On peut très bien confondre les lipômes enkystés avec une certaine catégorie de tumeurs. La consistance est bien celle du lipôme. De plus les lipômes intra-musculaires ne sont pas communs. On en trouve dans certains muscles fasciculés : le grand fessier et le deltoïde (il y a des faisceaux connectifs, de la graisse dans ces muscles).

Ce n'est donc pas un lipôme. Est-ce un sarcome ? C'est possible à la rigueur ; mais un sarcome datant de 5 ans !

Pourrait-on dire fibro-sarcome ? Mais les sarcomes primitifs intra-musculaires ne sont pas communs. On peut rencontrer deux variétés de sarcomes : la variété dure, solide, à éléments fusiformes, à marche lente, la tumeur fibro-plastique de Lebert.

Celle-ci est fluctuante, à moins que mes sensations ne me trompent. Les sarcomes fluctuants, (la deuxième variété dite encéphaloïde), sont à marche rapide, les ganglions sont vite envahis ; dans la première variété les ganglions sont aussi pris. Mais ici rien de tout cela ; pas de retentissement sur la santé générale, avec une tumeur datant de 5 ans, donc elle ne peut être maligne.

Elle a tout à fait l'apparence d'une tumeur bénigne. Et une tumeur à marche lente, indolente, fluctuante, développée dans un muscle, ce ne peut être qu'un kyste. Et je crois à un kyste hydatique sans hydatides filles.

Messieurs, l'opération nous fait voir un hématome enkysté.

Cette tumeur que j'avais prise pour un kyste hydatique et dont les symptômes n'indiquaient en rien une tumeur d'un nerf, est une tumeur du cubital, mais une tumeur peu connue, comme le sont les tumeurs des nerfs en général, excepté les névromes. Dans le cas présent il ne faut pas sectionner la tumeur à ses deux pôles, il faut l'enucléer et laisser le plus possible des filaments nerveux et du névrilème qui constituent ordinairement la capsule du névrôme.

Je vais maintenant opérer une fillette avec un pied bot congénital à manifestation tardive, mais non paralytique, comme on voudrait les classer. (L'hypermétropie est une malformation de l'œil, l'axe antéro-postérieur est

(1) Notes recueillies à la Charité par M. le Dr W. J. Derome

trop court, mais le sujet hypermétrope reste avec une bonne vision pendant 8, 10, 15 ans de sa vie. A une époque variable l'hypermétropie devient manifeste, jusqu'alors le muscle ciliaire avait suffi à l'insuffisance de l'axe, il l'avait compensé). C'est la même chose pour les pieds bots à manifestation tardive. Les enfants viennent au monde avec un tendon d'achille trop court, mais les fléchisseurs du pied s'opposent à son action jusqu'à un certain moment quand ils ne peuvent plus le contre-carrier, alors achille l'emporte et le pied bot se constate. C'est ordinairement le pied bot équin, on peut aussi avoir la varifité varus.

Revue des journaux

MÉDECINE

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'étude de la température moyenne.

M. le Dr J. Tétou a publié dans les *Archives médicales d'Angers*, une très intéressante étude sur la température du corps, comme moyen de diagnostic précoce du terrain de prédisposition à la tuberculose pulmonaire.

Si la température moyenne de l'espèce humaine est de 37°, dit-il, cette température est variable pour chaque individu et oscille suivant les gens entre 36° et 38°.

La température du corps étant, en somme, la manifestation physique et palpable des réactions organiques, chimiques et vitales qui se passent en nous, elle présentera des différences suivant que ces phénomènes sont plus ou moins actifs.

La température moyenne d'un individu s'obtient en prenant le matin à 7 heures et le soir à 5 heures pendant 10 à 15 jours environ, la température axillaire, à condition que le sujet en observation ne modifie en rien son genre de vie, ni ses habitudes ; en un mot, cette température doit être prise incognito. On divise le total de toutes ces températures par la quantité de fois que l'on a mis le thermomètre, et le quotient donne le chiffre cherché.

L'ensemble des résultats que l'auteur a obtenu l'a amené à considérer trois cas pouvant se présenter :

1° Celui où les combustions internes sont trop actives : température moyenne de 37°5 et au dessus sans dépasser 38° ;

2° Celui où elles sont normales : température moyenne variant de 37° à 37°5 ;

3° Celui enfin où elles sont ralenties : température moyenne au-dessous de 37°.

Après une longue et patiente étude, l'expérience lui a appris à reconnaître quels étaient les tempéraments qui se rangeaient dans l'une ou l'autre de ces trois classes et il en a tiré trois lois, à savoir :

1° Tout individu dont la température moyenne est supérieure à 37°5 est un prédisposé à la consommation.

2° Tout individu dont la température moyenne est de 37° à 37°5 est un sujet à échanges organiques normaux ;

3° Tout individu dont la température moyenne est inférieure à 37° est un arthritique, herpétique ou scrofuleux.

En résumé, s'il existe d'une façon générale, au point de vue clinique, des maladies par ralentissement de la nutrition chez les sujets à température moyenne au-dessous de 37°, il en existe une inverse chez eux dont la température moyenne est au-dessus de 37°5 : c'est la consommation. Il y a des gens qui ne brûlent pas assez, d'autres qui brûlent trop.

"De l'ensemble de ces lois, que chacun est à même de contrôler, nous avons pensé, et l'expérience nous a prouvé, que nous pouvions arriver à la connaissance du terrain de prédisposition à la tuberculose pulmonaire. Les nombreuses observations que nous avons faites dans une clientèle stable, où l'on est à même de connaître les familles, de les voir, de les observer, nous ont montré que la prédisposition à la réceptivité de la contagion tuberculeuse et la marche de la maladie étaient en raison directe de l'élévation de la température moyenne caractérisant les échanges organiques.

"Tout récemment, M. le Dr Albert Robin, dans une étude magistrale, montrait la constance de l'élévation des échanges respiratoires dans toutes les périodes de la tuberculose en même temps qu'il y avait une déminéralisation intense. Or, ce phénomène existe avant l'invasion du bacille ; c'est dire, en somme que l'individu est phtisique avant d'être tuberculeux.

"Nous devons donc considérer dans la maladie de poitrine deux éléments distincts : 1° un bacille crée la tuberculose pulmonaire ; 2° un terrain qui engendre la phtisie ; éléments se rencontrant la plupart du temps ensemble, mais pouvant exister indépendamment l'un de l'autre ; distinction subtile, dira-t-on ? c'est vrai, mais d'une importance considérable au point de vue du diagnostic à porter sur la marche de la maladie ; distinction vraie, car, si l'on voit des tuberculeux pulmonaires non phtisiques, c'est-à-dire ne présentant que des phénomènes de consommation, il existe aussi des phtisies au début qui ne sont pas encore tuberculeuses, et nous avons observé au moins trois cas typiques de ce genre chez des jeunes gens de 14 à 17 ans, ayant présenté pendant cinq et six mois une température de 37°8 sans signes de tuberculose pulmonaire : ni toux, ni crachats, ni sueurs. "Un individu qui ne tousse pas, n'est pas un phtisique (tuberculeux pulmonaire)," dit Lasègue, c'est une loi presque absolue," dit Marfan. Or, dans les trois cas que nous

signalons, deux sont devenus tuberculeux vers le dixième mois, le troisième a guéri, sans présenter autre chose qu'une diminution dans l'élévation de sa température moyenne qui est descendue à 37°3.

"N'enlevons pas au microbe le rôle indiscutable qu'il joue dans la genèse de la tuberculose pulmonaire, mais reconnaissons au terrain celui qu'il joue pour la réceptivité et surtout pour la marche de la maladie.

"Sur les nombreuses personnes de tout âge et de tout sexe que nous avons soumises à nos examens, nous avons remarqué que celles qui contractaient le plus facilement la tuberculose étaient précisément celles dont la température moyenne étaient supérieures à 37°5. Cette règle est tellement vraie que nous ne craignons pas de dire que les 4/5 ont contracté la tuberculose dans un délai variant de 6 mois à un an. Pour celles dont la température était inférieure à 37°5, la prédisposition à contracter la maladie était d'autant plus grande que cette température tendait à s'en rapprocher davantage.

"Cette connaissance intime de soi-même, facile à voir par le thermomètre, est d'une importance capitale au point de vue de la thérapeutique à appliquer.

"Le traitement de la tuberculose ne peut être un, c'est un traitement variable suivant le terrain : c'est pourquoi tous les traités de médecine signalent des cas de guérison obtenue par les remèdes les plus contraires : or, dans ces cas où le remède n'a pas produit la même action, ce n'est pas lui qu'il faut accuser d'inactivité, mais le terrain qui n'était pas celui qui convenait au remède.

"Ce terrain, facile à connaître en ville en employant le procédé de M. le professeur Albert Robin, nous restera-t-il donc inconnu, à nous, médecins de la campagne, exerçant loin des grands centres et des laboratoires? Non, si l'on a soin de connaître la température moyenne de ceux que l'on observe.

"Ce procédé si simple n'est donc rien? Que de fois ne vient-on pas nous consulter en disant : "Mon enfant graaudit et fatigue, il est pâle, anémique, essoufflé, ne craignez vous pas, docteur, que ça lui tombe sur la poitrine?" Et le docteur ausculte, palpe, percute, ne trouve rien et donne une parole rassurante, quand, six mois plus tard, se déclare une tuberculose pulmonaire. Eh bien! dans ces cas, c'est presque infallible, prenez la température moyenne; si elle est inférieure à 37°, soyez sans crainte, c'est une anémie de croissance par défaut de réactions organiques; si cette température est de 37° soyez prudents, observez quelques semaines; mais si elle est supérieure à 37°5 c'est une anémie par combustions trop vives et le pauvre enfant est déjà phthisique, attendant que le germe de la tuberculose vienne lui donner le dernier coup pour l'abattre; à moins, j'en ai l'expérience, que l'on ne découvre bientôt un remède pouvant ramener à la normale ces échanges organiques exagérés que le système nerveux n'est plus à même de diriger.

"Par ce procédé si simple, si pratique, à la portée de tout le monde, chacun pourra se prémunir contre l'invasion d'un germe, qui une fois installé, ne cherche nullement à disparaître.

(Le concours méd.)

Traitement des anévrysmes par la gélatine en injections sous-cutanées.

par MM. LANCEREAU et PAULESCO.

Depuis notre première communication faite la 22 juin 1897, cette méthode thérapeutique a été employée, on peut le dire, dans le monde entier; bien plus, des anévrysmes elle a été étendue aux hémorragies (hémoptysies, purpura, fièvres à formes hémorragiques).

Dans la plupart des cas d'anévrysmes, ainsi traités, les résultats obtenus ont été satisfaisants car, presque toujours, la poche anévrysmale a durci, les mouvements d'expansion ont disparu et, avec eux, les phénomènes douloureux.

Un certain nombre d'insuccès ont, cependant, été signalés; mais si l'on examine attentivement les faits, on constate que les insuccès tiennent à deux principales causes :

1° Le traitement a été appliqué à des cas sur lesquels il ne pouvait avoir aucune action (ectasie fusiforme du vaisseau);

2° La technique opératoire a été modifiée arbitrairement, soit que les doses de solution gélatineuse employée aient été insuffisantes (20 à 30 centimètres cubes au lieu de 200 à 250 centimètres cubes), soit que le nombre des injections ait été trop faible (2 ou 3 au lieu de 15, 20, 30).

Nous avons déjà insisté à l'Académie sur l'inutilité des injections de gélatine dans les cas de simple ectasie du vaisseau, sans poche anévrysmale proprement dite, et nous avons montré que, dans ces conditions, la coagulation ne se produit pas, parce que le cours du sang n'est pas suffisamment ralenti et que le ralentissement du cours du sang est une des conditions indispensables à la formation des caillots à l'intérieur des vaisseaux.

En même temps, nous avons essayé de déterminer la dose de gélatine nécessaire pour augmenter légèrement la coagulabilité du sang, et nous sommes arrivés à conclure, par le calcul, l'expérimentation et l'observation clinique, que la dose minimum de gélatine, facilement et rapidement absorbée, lorsqu'elle est dissoute dans 200 à 250 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 7 p. 100, devait être d'environ 5 grammes. Ainsi il n'est pas étonnant que des doses de 20 à 30 centimètres cubes de cette solution se soient montrées inefficaces.

Nous avons encore constaté que, comme à la suite d'une injection de gélatine, le contenu du sac anévrysmal se coagule, la poche durcit tout à coup, les mouve-

ments d'expansion diminuent et les douleurs se calment ; mais, au bout de quelques jours ces mouvements et les douleurs réapparaissent.

Une nouvelle injection reproduit les effets de la première, et ce n'est qu'au bout de dix, quinze, vingt et même trente-cinq injections que la guérison définitive est obtenue.

Ces faits nous paraissent devoir être interprétés de la façon suivante : le caillot forme lors de la première injection obstrue en grande partie la poche anévrysmale, mais comme il ne tarde pas à se rétracter, le sang, qui pénètre à nouveau dans cette poche, est coagulé par une nouvelle injection et ainsi de suite jusqu'à ce que toute la poche soit remplie par des caillots fermes et résistants.

Le nombre des injections, nécessaires pour obtenir ce résultat, varie, on le conçoit, avec diverses circonstances et notamment, avec le volume de la poche anévrysmale. Partout, il est facile de comprendre que deux ou trois injections ne peuvent produire qu'un soulagement passager pour le malade, et non la guérison définitive de l'anévrysme.

Un autre reproche adressé à notre méthode c'est qu'elle est douloureuse et produit de la fièvre. Mais faite convenablement, c'est-à-dire poussée lentement dans le tissu cellulaire de la fesse, *l'injection de gélatine est absolument indolore* et, si l'on a en la précaution de prendre des mesures d'antisepsie rigoureuse, *elle n'est pas suivie d'accès fébriles*.

Nous croyons devoir insister sur tous ces détails pour montrer que les insuccès attribués à notre méthode tenaient uniquement à son application defectueuse.

Aujourd'hui, nous présentons à l'Académie deux nouveaux malades atteints : l'un, d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite ; l'autre, d'un anévrysme de la crosse de l'aorte et considérablement améliorés l'un et l'autre, sinon guéris, par la gélatine en injections sous-cutanées.

Le premier de ces malades était porteur d'un énorme anévrysme de l'artère sous-clavière, à contenu manifestement formé par du sang liquide, puisque la tumeur était molle et réductible. Or, il est facile de reconnaître que, sous l'influence des injections de sérum gélatiné, la poche est devenue d'une dureté ligneuse et n'est plus animée de mouvements d'expansion.

Chez la malade de la seconde observation, atteinte d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, comprimant la veine cave supérieure et quelques nerfs intercostaux, les injections sous-cutanées de gélatines ont eu pour effet de faire disparaître les douleurs névralgiques et de diminuer considérablement la circulation veineuse collatérale qui s'était établie au-devant du thorax.

A part ces deux malades, nous avons eu à soigner, au cours de cette même année, deux autres malades que nous regrettons de ne pouvoir présenter.

L'un d'eux, une femme âgée de cinquante ans, sy-

philitique, présentait un volumineux anévrysme de l'aorte qui comprimait la veine cave supérieure (circulation veineuse collatérale sur la partie supérieure du thorax), les nerfs intercostaux (douleurs névralgiques) et les nerfs pneumogastriques et récurrents (toux incessante, quinteuse, rauque et aboyante).

Sous l'influence de six injections gélatineuses, la toux d'abord, puis les douleurs ont complètement disparu, et la circulation veineuse collatérale s'est atténuée. Cette femme se croyant guérie, a quitté l'hôpital ; mais, peu de temps après, elle est reprise de douleurs et de toux quinteuse. Rentrée dans notre service, nous l'avons soumise au traitement gélatiné, et son état s'est rapidement amélioré.

Une autre femme, âgée de soixante ans, atteinte d'artério-sclérose et d'un énorme anévrysme de la crosse ayant érodé la poignée du sternum, l'extrémité interne de la clavicule droite et de la première côte, a été considérablement améliorée, sinon guérie, à la suite d'une vingtaine d'injections gélatineuses, car nous l'avons revue depuis lors, cette femme qui, après avoir quitté l'hôpital, a repris son travail, et nous avons pu constater que l'amélioration se maintenait.

En conséquence, nous persistons à croire que les injections de sérum gélatiné constituent, à l'heure actuelle, la seule méthode de traitement inoffensive et capable d'amener la guérison des anévrysmes vrais de l'aorte, non justiciables d'un traitement chirurgical.

Gaz. des hôp.)

Ectasie de l'appendice.

par MM. R. MESLAY et V. PAUCHET (d'Amiens).

Dans leur mémoire sur les appendicites, MM. Letulle et Weinberg distinguent dans la classe des lésions atrophiques trois grandes variétés : les ulcérations, les altérations et les ectasies. Celles-ci peuvent d'ailleurs se présenter sous deux formes différentes suivant que l'ectasie est partielle, circonscrite ou, au contraire, étendue à la totalité de l'organe.

Dans les deux cas, le processus anatomique est toujours identique, car il s'agit d'atrophie manifeste des parois à laquelle participent toutes les couches de l'organe : la muqueuse reste bien tapissée de son épithélium cylindrique normal, mais son chorion devient fibroïde ; les glandes en tubes se raccourcissent ; les follicules clos sont comme comprimés entre la muscularis mucosæ et la couche musculaire interne. La sous muqueuse perd la presque totalité de ses flots adipeux ; les vaisseaux se montrent plus rares au milieu du tissu de sclérose et plus en dehors les deux musculaires ont leurs faisceaux plus serrés, comme atrophiés. Enfin une bande fibroïde marque la place de la sous-séreuse et du péritoine.

Si la dilatation frappe toute la longueur de l'appendice, il existe une grande cavité béante remplie de dé-

tritius divers : corps étrangers, microbes, champignons, même des matières fécales. S'il s'agit d'ectasie partielle, on observe soit une cavité ovoïde ou arrondie, bien dans l'axe de l'appendice, communiquant par deux orifices étroits avec lui en haut et en bas, soit une poche excéntrique, plus ou moins latérale, suivant la façon dont a cédé la paroi chroniquement atrophiée. Les dimensions de ces cavités kystiques restent toujours assez restreintes : 10 à 15 millimètres en longueur sur 5 à 12 millimètres de largeur. Quant au contenu, il est constitué par du mucus ou du muco-pus, des calculs stercoraux mous ou durs et des bactéries se rapprochant toujours du coli-bacille.

Il nous a été donné d'observer dernièrement une dilatation de la première variété, c'est-à-dire générale de l'appendice. La pièce est constituée dans ce cas par un sac peu épais surtout en son centre, poche dure, fibreuse à paroi externe assez lisse, sauf les traces d'adhérences rompues. La surface interne est bien unie par places, mais, en d'autres point, elle est encroûtée, surtout au niveau de la partie moyenne, de sels calcaires qui forment des plaques cassantes comme celles qu'on observe sur les vieilles ectasies aortiques athéromateuses. Elle mesure 10 centimètres dans son grand axe et 6 suivant le petit diamètre. A l'intérieur, bourrant la cavité, se trouve une masse gélatineuse colloïde, opalescente, diffluente, semblable à une gélatine très molle. L'examen histo-chimique de ce contenu a révélé la présence de cholestérine, de mucine en presque totalité, d'acides gras, de cellules épithéliales sans caractère ; la masse pèse exactement 390 grammes.

Le tout a été enlevé à l'Hôtel-Dieu d'Amiens par Pauchet, chez une femme de soixante trois ans qui, de temps à autre, dans sa jeunesse, avait ressenti quelques douleurs vagues dans le ventre. Depuis cette époque, le passé pathologique reste muet et treize jours seulement avant l'entrée à l'hôpital la femme a éprouvé quelques douleurs dans la fosse iliaque droite qui ont fait porter le diagnostic probable d'appendicite. Deux jours avant l'opération, en outre des douleurs abdominales, sont survenus des vomissements bilieux avec une température de 37°8 et un pouls à 100. On sent une masse dans la fosse iliaque droite ; sous le chloroforme, on la perçoit plus nette, limitée, arrondie, et on se demande s'il ne s'agit point d'un kyste ovarique à pédicule tordu. A l'ouverture du ventre, les anses intestinales se présentent vascularisées, couvertes de couennes péritonitiques. Au-dessous, la tumeur se montre ovulaire, reliée à la base du cæcum par un pédicule franchement tordu ; après avoir libéré les adhérences, on lie la base du pédicule et on l'engloutit sous une suture séro-séreuse ; la guérison est complète en quinze jours.

L'examen histologique de la pièce, fait en plusieurs points, confirme bien la règle générale d'atrophie des parois, car au niveau de la partie moyenne de la poche on ne trouve plus trace de muqueuse ni de sous-mu-

queuse : toute la paroi est constituée par une bande de sclérose fibreuse, absolument colorée en rose par l'éosine, sans aucune cellule. On ne distingue point non plus de couche musculaire ; au niveau du plan sous-péritonéal s'étalent de nombreux noyaux inflammatoires.

Plus bas, la sous-muqueuse se retrouve avec les deux plans de fibres musculaires, le tout sclérosé, étouffé par la fibrose.

Cette ectasie est donc intéressante en ce qu'elle confirme la règle générale d'atrophie sclérosante ; il s'agit là d'un processus inflammatoire chronique très ancien, qui, au point de vue clinique, a permis à l'affection d'évoluer à bas bruit jusqu'à la phase des accidents qui ont nécessité l'intervention. La tumeur a eu la marche insidieuse d'un kyste ovarique. à tel point qu'on a pensé un instant à cette lésion annexielle ; c'est pendant l'opération seulement que le diagnostic a pu être précisé. A ce moment, ce qui frappe, c'est la présence de cette masse gélatineuse, mucoïde, semi-liquide ; il y a là un fait très intéressant dont l'examen histologique de la portion de la poche adhérent au pédicule et du pédicule lui-même, nous a donné l'explication. A ce niveau, il n'existe pas seulement de la sclérose, mais la muqueuse, absente partout ailleurs, présente là une production adénomateuse à tendance envahissante, qui rappelle bien les dégénérescences cancéreuses des scléroses appendiculaires. Sous le microscope, la lumière rétrécie de la cavité se montre occupées par des détritibus muqueux, des cellules épithéliales desquamées et en dehors s'étalent des culs-de-sac épithéliaux dilatés, disposés très irrégulièrement, remplis de mucus et tapissés par des cellules cylindriques muqueuses. La limite externe de ces culs-de-sac n'est pas nette ; en dehors, on aperçoit par plaques des bandes de cellules musculaires lisses, épaissies (musculus mucosæ hypertrophiée), mais celle-ci est dissociée par des tractus fibreux, et cette bande de sclérose dense remplace la sous-muqueuse normale. Dans ces tissus pénètrent les culs de-sac épithéliaux irréguliers et ceux-ci, dans leur marche envahissante, arrivent jusqu'au contact de la véritable couche musculaire de l'intestin et même l'encoquent par places, quelquefois même très profondément, sans jamais la dépasser. Il y a là cancer épithélial infectant, en pleine sclérose ; c'est une observation de plus à joindre à celles déjà publiées ; il est probable que les exemples en resteront toujours assez rares, car dans leur mémoire, MM. Letulle Weinberg n'en fournissent que deux cas. Cette cancérisation secondaire des zones cicatricielles peut d'ailleurs être plus ou moins envahissante ; sur nos préparations nous ne l'avons pas vue dépasser la zone moyenne des plans musculaires lisses ; mais elle peut gagner jusque sous le pégame, des colonies épithéliomateuses tubulées, kystiformes même. Dans notre cas, l'épithélioma reste localisé au niveau du pédicule, mais sa présence permet de comprendre l'énorme quantité du mucine retrouvée à l'intérieur de la poche ; l'accumulation de cette mucine retrouvée à peut-

être été favorisée par la toxine du pédicule qui a encore entraînée l'inflammation de la poche ectasiée et la réaction péritonéale de voisinage.

(Gaz. des hôp.)

La lithiase intestinale.

par M. le Dr CABANÈS.

L'affection qu'on a décrite parfois sous le nom de *gravelle intestinale* se présente généralement sous deux formes : sous forme de *sable* ou sous forme de *calculs*, cette dernière variété étant incomparablement la moins commune. C'est cependant celle qui retiendra notre attention, à cause de sa gravité relative et parce que les traitements proposés jusqu'ici ou sont inefficaces ou sont mal connus. Nous prendrons prétexte d'une remarquable étude que vient de publier notre excellent confrère et ancien camarade d'École, le Dr Louis Vibert (de Châtel-Guyon), pour vous entretenir à nouveau de cet état morbide, sur lequel nous avons écrit jadis quelques lignes. L'étude de Vibert nous permettra de rajeunir et de mettre au point la question.

Et d'abord il est nécessaire d'établir, dès le début, qu'il existe dans les intestins deux sortes de calculs : ceux qui sont nés en dehors de cet organe, tels que les calculs du pancréas ou de la vésicule biliaire — et des corps étrangers introduits dans le tube digestif (noyaux, grains de fruits, arêtes, débris d'os, etc.) ; ceux nés dans l'intestin lui-même et sur lesquels nous reviendrons plus loin.

C'est, on ne l'ignore pas, chez les arthritiques que l'on observe le plus souvent la production de la lithiase, et aussi chez les nerveux et ceux qui souffrent de troubles dyspeptiques habituels. L'homme y paraît plus sujet que la femme ; l'adulte y est plus exposé que le jeune homme ou le vieillard. On observe l'affection entre trente-cinq et cinquante ans. Il n'est pas rare que la lithiase intestinale alterne avec une autre manifestation de l'arthritisme — ce qui en décèle bien la nature.

Le sable ou les calculs de l'intestin sont généralement expulsés à la suite d'une crise de coliques, après une constipation de plusieurs jours, un saut brusque, une promenade en voiture, une série d'efforts violents, etc. Sont-ce des microbes qui produisent le sable intestinal ? Tout ce qu'on en sait, c'est que le calcul de l'intestin est constitué, partie par un élément organique d'origine stercorale, partie par des sels de chaux et de magnésium, des chlorures et des traces de silice. Tantôt ce sont des graviers gros comme une lentille ou un pépin de raisin, tantôt une masse pulvérulente jaunâtre ou brunâtre.

Les douleurs surviennent, dans bien des cas, sans cause appréciable. Elles s'accompagnent de ballonnement du ventre, de nausées, rarement de vomissements. Les garde-robes contiennent des glaires muqueuses, et

il peut être malaisé d'y retrouver le sable. Au lieu de glaires, on rencontre quelquefois des lambeaux membraniformes, et même des matières sanguinolentes. Il est des malades qui ont de "vraies débâcles de sable intestinal", selon l'heureuse expression du Dr L. Vibert.

N'allez pas croire que cette maladie soit, comme l'appendicite, de date récente. L'historique, fait avec beaucoup de soin par le Dr Vibert, montre qu'on avait dépisté cette affection il y a bien près d'un siècle. Je crois même que, pour peu qu'il ait poursuivi ses recherches, notre confrère aurait retrouvé à une époque bien antérieure des observations se rapportant à la maladie dont il a entrepris la description. Quoi qu'il en soit, jusqu'en 1823, on ne connaissait guère que les calculs biliaires et néphrétiques. A cette époque, Children signale quelques concrétions trouvées dans le colon d'un jeune homme.

En 1825, Torbet rapporte un cas du même genre.

En 1827, Caventon décrit un bézoard humain. Deux ans plus tard, Denis réunit plusieurs cas de concrétions intestinales végétales chez l'homme.

Mackintosh fait connaître, en 1832, un cas de constipations avec symptômes fébriles produits par des substances alimentaires non digérées retenues dans le gros intestin.

En 1837, le *Compendium médical* fait pénétrer dans le cadre nosologique les calculs intestinaux, en leur consacrant un long article dans lequel il citait les travaux de Monro et Tompson, Capeland, Marcet, Rudini, qui constituaient définitivement, selon lui, l'histoire clinique et médicale de ces "productions inorganiques".

Jusqu'à cette époque on ne faisait pas la division entre les calculs intestinaux, mais on séparait nettement depuis Rudini les calculs biliaires des calculs intestinaux véritables. "Les premiers contiennent de la cholestérine, cristallisent en aiguilles rayonnées, brûlent avec flamme ; les seconds sont salins, terreux, cristallisent en lames concentriques, noircissent sans brûler ; ils ne sont pas, comme les calculs biliaires, solubles dans l'huile de térébenthine et contiennent toujours dans leur centre un noyau formé par un corps étranger."

Cette comparaison nous montre qu'on ne connaissait encore que les concrétions que nous pourrions appeler secondaires, c'est-à-dire constituées soit par un corps étranger dans le gros intestin, soit par une carapace enveloppant ce corps étranger. Cloquet lui-même, en signalant cette faculté d'enrobage des corps étrangers, méconnaît la véritable lithiase intestinale, et affirme que, pour qu'il y ait calcul, il faut un noyau primitif étranger d'une nature quelconque. A cette catégorie de calculs d'origine externe appartient celui décrit par Hus et Mosander, et qui, ne mesurant pas moins de 17 centimètres sur 6, était constitué par des caryopses d'avoine. Nous le citons à titre de curiosité.

Laboulbène a eu l'honneur de faire la première description clinique de la lithiase intestinale, dont il a

apporté en 1873 à l'Académie de médecine de belles observations.

Les conclusions de Laboulbène, bien que *datant* un peu, méritent néanmoins d'être connues — parce qu'elles fixent l'état de la science à une époque déterminée. Au reste, il faut bien le dire, on n'en sait guère davantage sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection bizarre — tout au plus est-on mieux fixé sur son traitement.

Voici donc comment Laboulbène s'exprimait en terminant la lecture de son travail, présenté à l'Académie de médecine en 1873 :

1° On peut quelquefois trouver dans les garde-robes une matière sableuse qu'on peut appeler sable intestinal.

2° Cette matière ressemble beaucoup à du sable jaune ou brunâtre, dont les grains les plus gros auraient les trois quarts d'un millimètre ou même un millimètre de diamètre, et les plus petits deux à trois dixième de millimètre. La surface en est inégale et revêtue de prolongements en forme de cristaux irréguliers.

3° L'examen anatomo-pathologique fait constamment reconnaître dans le sable intestinal des particules siliceuses, encroûtées de matière organique et de phosphate ammoniaco-magnésien.

4° Dans un grand nombre de cas, en même temps que la silice, on trouve des cellules végétales inattaquées par les liquides actifs de l'estomac et de l'intestin.

5° Le sable intestinal provient du dehors et paraît se former à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale.

Nous venons de voir qu'il est des cas où le genre d'alimentation n'y est pour rien, et où la formation du sable intestinal est due à la constitution même du sujet. C'est surtout chez les constipés habituels que s'observe la maladie. Il y a encore une remarque qui a été faite : c'est que les lithiasiques ont en même temps de l'entérocolite, autrement dit de la *colite mucino-membraneuse*, qui précède le plus souvent la lithiase.

D'après certains auteurs, la gravelle de l'intestin serait un indice de goutte. On trouve, en effet, des antécédents goutteux chez beaucoup de ces malades ou dans leur ascendance ; et, par antécédents goutteux, nous entendons parler des diverses formes de la goutte, de ce qu'on a appelé les gouttes anormales : les migraines, les éruptions cutanées, les entéralgies, alternant avec les douleurs localisées de la goutte vraie.

Mais vous voilà suffisamment fixés sur la nature de la lithiase intestinale ; il est temps de vous en faire connaître le traitement. Ce traitement, d'après le Dr Vibert doit être à la fois *curatif et préventif* :

Traitement curatif. — La première chose à faire, lorsqu'on se trouve en présence d'une malade atteinte de coliques intestinales lithiasiques, est de tenter de calmer la douleur aiguë, souvent même paroxystique comme dans la colique hépatique ou néphrétique. Pour arriver à ce but, il convient d'appliquer la médication palliative

de la douleur : on appliquera sur l'abdomen des compresses d'eau chaude, des cataplasmes laudanisés, ou au contraire des serviettes trempées dans l'eau froide et renouvelées fréquemment. A l'intérieur, on emploiera les opiacés, les ilules d'opium, le sirop thébaïde, l'extrait de belladone. Si l'accès est paroxystique, on fera une demi ou même une piqûre de morphine.

Il ne suffit pas de s'attaquer au symptôme douleur, il faut encore combattre la stagnation du sable dans l'intestin, tant pour empêcher son agglomération que pour lutter contre l'inflammation de la muqueuse irritée par le frottement de ce sable. Pour cela il faut avoir recours à l'entérocluse, c'est-à-dire au lavage de l'intestin, tel que nous l'avons décrit il y a quelques mois, dans ce même journal.

2° *Traitement préventif.* — La crise est passée et la malade n'a plus de sable, que faut-il faire ? Tâcher de prévenir le retour des nouvelles crises qui ne manqueront pas de se produire, si les malades sont abandonnés à eux mêmes ; on y parviendra par un régime alimentaire approprié.

Les substances végétales sont celles qui ont le plus de chances de séjourner dans l'intestin, à cause de la cellulose qu'elles renferment ; on les supprimera donc le plus possible, en donnant la préférence aux aliments carnés qui contiennent une grande proportion d'azote.

On évitera avec le plus grand soin la constipation.

A côté de ce traitement purement médicamenteux, et conjointement avec lui, le médecin trouve dans les eaux minérales un adjuvant des plus précieux, mais ici il faut faire une sélection.

(*Journ. de la santé.*)

Fievre intermittente, signe de tumeur du médiastin.

Le docteur Withaner (de Halle) publie l'intéressante observation suivante :

Une jeune fille de vingt-quatre ans est reçue à l'hôpital avec le diagnostic d'influenza. Pendant cinq mois, on observa une courbe de fièvre tout à fait remarquable : après un repos de trois ou quatre jours sans fièvre pendant lequel la malade était tout à fait bien, survenait une élévation de température avec dyspnée et quintes de toux. Dans les dernières six semaines, il s'ajoutait, durant la fièvre, de la cyanose du visage et des battements des vaisseaux du cou. Personne ne songeait à la tumeur du médiastin postérieur que l'autopsie révéla ; le sarcome qui constituait cette tumeur avait pénétré dans le poumon et englobait la face postérieure des oreillettes sans avoir donné lieu à d'autres symptômes du côté du cœur, que ceux déjà signalés.

(*Munch. med. Wochens. — Wien med. Wochens.*)

Les injections de bicarbonate de soude dans le traitement du coma diabétique.

Dans une des dernières séances de la Société nationale de médecine de Lyon, le professeur Lépine rapportait, au nom de M. Rondet, un cas de coma diabétique traité par injection sous-cutanée de bicarbonate de soude.

Le malade était dans le coma depuis deux heures quand M. Rondet fut appelé. Il lui fit une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum contenant 40 grammes de bi-carbonate de soude. L'enfant revint de son état comateux. Une nouvelle rechute le lendemain fut traitée de la même façon et eut le même succès. Une troisième fois l'injection fut inutile et malade succomba.

Dans des cas semblables, MM. Lépine et Mayet pensent que l'injection intraveineuse serait bien supérieure comme rapidité surtout d'action. On peut, en effet, piquer facilement une veine avec aiguille de Pravaz, sans dénudation préalable.

(Gaz. des hôp.)

Procédé pour calmer la douleur causée par les extractions dentaires.

Le docteur Versluysen (d'Anvers) emploie, dans ce sens, depuis deux ans, un moyen qui, pour n'être pas neuf, n'en mérite pas moins d'être rappelé.

Il introduit dans les alvéoles, aussitôt la dent extraite, une boulette d'ouate trempée préalablement dans un mélange à parties égales d'acide phénique pur et de glycérine.

Il dit n'avoir jamais constaté du côté de l'os ou des muqueuses le moindre accident à la suite de cette application.

On devra éviter de mettre un excès d'acide pour empêcher qu'il n'agisse sur les tissus voisins, l'anesthésique devant donner son action *loco dolenti* et non autre part. En ajoutant un peu d'essence de citron, on peut masquer l'odeur et un peu le goût de l'acide phénique.

(Ibid.)

Un procédé nouveau de coupes anatomiques.

par MM. MOURET et RICHE.

Ordinairement, pour faire des coupes d'organes ou de régions on s'adresse à la congélation ; mais la nécessité de se mettre dans des conditions déterminées pour étudier les coupes, et la difficulté de conservation sont deux grands inconvénients de cette méthode.

Le procédé de MM. Mouret et Riche est basé sur le principe de la décalcification des os. Une fois l'os décal-

cifié, il est possible de faire au couteau n'importe quelle coupe.

Les auteurs se sont servis, pour la décalcification, d'un mélange d'acide azotique et d'acide chromique, dans lequel le membre ou l'organe à décalcifier est plongé ; on renouvelle la solution tous les six jours, jusqu'à décalcification complète.

Le seul inconvénient est la coloration brune, uniforme, qui est donnée à toutes les parties de la coupe.

(Montp. méd. — Gaz. des hop.)

CHIRURGIE

De la sero-therapie dans le tetanos.

La Société de chirurgie vient à nouveau de discuter une question qui intéresse au plus haut point la pratique médicale. Faut-il préventivement injecter du sérum antitétanique dans le tissu sous-cutané de certains blessés ? Faut-il, lorsque le tétanos est confirmé et en évolution, tenter de l'arrêter dans sa marche, par l'injection intracérébrale de sérum antitétanique ?

Dans ce dernier cas, l'avis des chirurgiens paraît unanime, l'injection intra-cérébrale est presque toujours inutile, souvent même elle paraît nuisible. Quelques faits, si nets qu'ils avaient l'allure d'une véritable expérimentation, ont montré qu'après l'injection intra-cérébrale de sérum, les accidents tétaniques avaient été brusquement intensifiés ; la température avait atteint des hauteurs inaccoutumées et, en moins de vingt-quatre heures, la mort était venue terrasser les malades. Sans doute, ces malades étaient gravement atteints puisqu'on avait cru devoir recourir à l'injection intra-cérébrale de sérum ; cependant, non seulement, après l'injection, les phénomènes tétaniques ne furent nullement amendés, mais ils parurent recevoir un véritable coup de fouet qui précipita le dénouement. Aussi, malgré certains faits nouveaux apportés récemment, nous pensons que, jusqu'à nouvel ordre, il faut être très réservé dans l'emploi de ces injections intra-cérébrales.

La question est plus discutée pour les injections préventives. Ces injections sont acceptées et pratiquées par quelques-uns qui soumettent à l'injection immédiate et préventive tout malade entrant dans leur service et dont la blessure a été souillée par la terre. Depuis qu'ils suivent cette pratique, ils n'ont plus à déplorer les petites épidémies de tétanos observées autrefois dans les salles de chirurgie.

La plupart des chirurgiens, toutefois, se dispensent de pratiquer ces injections préventives, se contentant de bien nettoyer les plaies des blessés. Car il est matériellement impossible de soumettre au traitement préventif toute blessure qui entame l'intégrité de la surface tégumentaire. Et, en saine logique, c'est ce qu'il faudrait

faire. Le bacille de Nicolaïer est, en effet, partout ; s'il a des endroits de prédilection, il n'en est pas moins l'habitant commun de bien des poussières, voire même de nos parquets, on le trouve à la surface du sol, dans la boue, etc. N'importe quelle plaie est donc susceptible d'être souillée par lui.

De plus, la clinique, qui n'a pas encore perdu ses droits, nous apprend que ce ne sont pas les plus grandes plaies qui engendrent le tétanos. Ce sont le plus souvent de petites blessures des doigts ou des orteils, de simples échardes introduites sous la peau plutôt que de grands fracas des membres. Va-t-on inoculer tous les porteurs de ces minimes blessures ? Or, qu'on prenne la peine de regarder l'épiderme des mains et des pieds de ceux qui travaillent la terre, charrient le fumier : terrassiers, paysans, jardiniers, etc., on verra qu'il n'y en a pas 10 sur 100 qui aient l'épiderme intact.

Si l'on voulait suivre, à la lettre, la doctrine de ceux qui pratiquent les injections préventives, il faudrait donc inoculer tous ces milliers de gens qui travaillent la terre et tous les blessés, quels qu'ils soient. Ce qui est impossible.

Enfin, cette première injection préventive, une fois poussée dans le tissu cellulaire, sera-t-elle suffisante ? Non ; car si le tétanos survient, on vous objectera qu'il eût fallu continuer les injections, que la dose de sérum a été trop minime. Or à quoi reconnaîtra-t-on qu'il fallait continuer l'injection ? Il n'existe aucun signe prémonitoire du tétanos ; la clinique est muette avant l'apparition des contractures. De sorte que le chirurgien, inoculateur convaincu, se voit acculé, devant l'illogisme d'une seule injection insuffisante ou devant la nécessité d'inoculer son blessé à jet continu, jusqu'à ce que le temps moral de l'incubation tétanique soit écoulé.

Pour toutes ces raisons, la presque unanimité des chirurgiens a renoncé à ces injections dont l'indication n'est pas suffisamment établie. Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Reynier — que nous ne saurions trop féliciter de sa loyale franchise — a rapporté plusieurs cas, dont l'un, tiré de sa propre pratique, observé et suivi par lui. Ce fait est net et simple. Sa valeur nous paraît décisive :

A cause de la présence d'un tétanique dans le service, on fait à un malade, avant de l'opérer, une injection de sérum antitétanique : le malade est pris de tétanos.

L'injection était bien réellement préventive puisqu'elle a été pratiquée avant la blessure chirurgicale. Or le tétanos est apparu. Pour expliquer sa venue, il n'y a que deux hypothèses : ou bien c'est l'injection de sérum qui a donné le tétanos. La pratique des chirurgiens qui injectent préventivement leurs blessés et n'observent pas le tétanos, nous fait admettre que cette première hypothèse n'est pas vraisemblable. Or bien — et alors ce n'est plus une hypothèse mais la pure constatation d'un fait — l'injection préventive n'a pu prévenir

l'inoculation du tétanos, bien que cette inoculation ait été faite après l'injection.

Les injections préventives de sérum antitétanique ne doivent donc pas encore passer dans le domaine de la pratique courante.

(Gaz. des hôp.)

THERAPEUTIQUE

Le traitement de l'ostéomalacie puerpérale par le bain d'air chaud.

La pathogénie de l'ostéomalacie est encore fort mal connue, mais quelle que soit la cause de cette maladie, un fait demeure certain, c'est que, chez les ostéomalaciques, le squelette est le siège de phénomènes congestifs. Cela étant, M. R. Schmidt, assistant de la clinique médicale de M. le prof. Neusser à Vienne (*Wiener klin. Woch.*), s'est demandé si la production artificielle, au moyen du bain d'air chaud, d'une hyperémie intense des téguments, ne devait pas exercer une action favorable sur le processus ostéomalacique, diminuer la congestion des os, restituer aux vaisseaux du squelette leur tonus normal d'une façon durable et amender les douleurs osseuses qui sont un des symptômes cliniques les plus importants de l'ostéomalacie. Notre confrère ne tarda pas à se convaincre du bien-fondé de cette supposition dans deux cas d'ostéomalacie puerpérale qu'il eut l'occasion de traiter, avec plein succès, par le bain d'air chaud.

Dans l'une de ces observations, il s'agissait d'une femme, âgée de trente-sept ans qui, à la suite de deux grossesses rapprochées et peu de temps avant le début d'une troisième gestation, fut prise de troubles caractéristiques de l'ostéomalacie. Ces symptômes s'aggravèrent au cours de la troisième grossesse en même temps que la taille de la malade diminuait de deux travers de doigt environ. A son admission à l'hôpital, cette femme présentait des troubles de la déambulation, pathognomonique de l'ostéomalacie. Chez elle, les douleurs diminuèrent dès les premiers bains d'air chaud, qu'on donnait quotidiennement, et, après le neuvième bain, on nota une amélioration manifeste de la marche. Au bout d'un mois elle put se promener dans le jardin, gravir et descendre des escaliers sans la moindre difficulté, et bientôt elle quittait l'hôpital complètement guérie.

Chez la seconde malade, âgée de quarante-sept ans, les premiers troubles morbides apparurent après le septième accouchement et, pendant une huitième grossesse, ils augmentèrent au point qu'on dut pratiquer l'accouchement prématuré à huit mois. Soumise dans la suite à la médication phosphorée, cette femme ne fut en état de marcher qu'au bout d'un an. Puis, devenue enceinte pour la neuvième fois, elle vit son état s'aggraver de nouveau et sa taille diminuer de trois travers de doigt ; on dut la faire avorter au troisième mois. Le phosphore

dont l'usage fut continué pendant dix mois, n'ayant cette fois produit la moindre amélioration, la malade se fit admettre dans le service de M. le prof. Neusser. Elle était absolument incapable de marcher; le moindre mouvement dans le lit provoquait des douleurs intenses. Dans ce cas si grave d'ostéomalacie, la diminution des douleurs et le rétablissement du sommeil furent notés dès les premiers bains d'air chaud. Un mois plus tard, la malade pouvait éternuer sans éprouver de douleurs et, trois mois après le début du traitement par l'air chaud, elle marchait sans difficulté. Actuellement elle peut être considérée comme guérie; elle s'occupe des travaux de son ménage et n'accuse que le matin quelques douleurs, d'ailleurs légères, au niveau des lombes.

Dans ces deux cas on s'est servi, pour provoquer la diaphorèse, de l'appareil connu sous le nom de phénix à air chaud. On interposait une toile caoutchoutée entre le drap de lit et le matelas pour éviter que ce dernier ne fut mouillé, on couchait la patiente de façon que ses pieds ne se trouvaient pas à proximité de l'orifice par lequel l'air chaud pénètre dans la caisse de bois, et on plaçait une vessie de glace sur la tête. Le bain d'air chaud était administré chaque soir; sa durée était de trente minutes à une heure et demie. Après le bain, on essuyait la malade, sans la découvrir, avec des serviettes préalablement chauffées et on donnait du lait frais pour éteindre la soif qui était toujours assez vive.

Il est à supposer que tous les procédés de sudation intense — les bains de soleil, de sable, de vapeur, les bains d'eau chaude suivis d'enveloppement dans des couvertures de laine et même la pilocarpine employée méthodiquement — doivent donner des résultats favorables chez les ostéomalaciques, mais comme il s'agit, dans l'espèce, d'individus se trouvant souvent immobilisés par leurs douleurs, le bain d'air chaud paraît cependant constituer le procédé de choix pour le traitement diaphorétique de l'ostéomalacie.

(*Bull. méd. — Gaz. méd. belge.*)

Le hoquet incoercible consécutif à l'usage de la digitale à haute dose.

M. G. Petteruti (*Nuova riv. clinico-terap.*) attire l'attention sur un phénomène des plus fâcheux que le traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose (suivant Petresco) est susceptible de provoquer et que l'auteur a observé dans les deux premiers cas où il eut recours à cette méthode thérapeutique. C'est un hoquet violent, incoercible, se répétant toutes secondes environ, empêchant l'alimentation du malade et parfois même la respiration au point de constituer une menace d'asphyxie surtout pendant les tentatives de déglutition. Dans les deux observations de l'auteur, l'apparition de ce hoquet a coïncidé avec la défervescence et le ralentissement du pouls dû à l'action cumulative de la digitale. Malgré

tous les moyens employés pour le combattre, le hoquet persista plusieurs jours — le pouls restant ralenti durant toute cette période de temps — pour disparaître spontanément, alors que, l'action de la digitale s'étant complètement épuisée, la fréquence des pulsations devint normale.

Il semble donc que la digitale, en outre de son action antithermique et cardiaque, excite le centre encéphalique qui préside aux contractions du diaphragme. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, le fait que l'usage de ce médicament à haute dose peut produire un hoquet des plus inquiétants paraît bien établi par les deux observations de M. Petteruti.

(*Bull. méd.*)

La sciatique syphilitique.

Dans les articles et mémoires qui traitent de la sciatique, ce n'est qu'incidemment et d'une façon fort brève que parmi les facteurs pathogéniques de cette affection, on fait mention de la syphilis. Et encore s'agit-il d'ordinaire non du tableau classique de la névralgie ou de la névrite du sciatique, mais de phénomènes douloureux dus à la compression de ce tronc nerveux par une gomme. Or, sur douze cas graves et absolument typiques de sciatique que M. F. Mendel (*Münch. med. Woch.*) eut l'occasion d'observer, dans trois l'affection était incontestablement due à la syphilis, et cela en l'absence de toute compression du nerf par une gomme.

Ici la nature spécifique du trouble sensitif résultait des antécédents des malades (dont deux présentaient des stigmates évidents de la syphilis) et surtout de leur guérison rapide par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure, après insuccès des moyens ordinaires de traitement de la sciatique et même, dans un cas, de l'usage de l'iodure de potassium à haute dose. L'effet curatif de la médication mercurielle constitue, pour la nature syphilitique de l'affection à laquelle on avait affaire, une preuve d'autant plus concluante que ces mêmes injections de salicylate de mercure ont donné à M. Mendel un résultat absolument négatif dans un autre cas de sciatique rebelle où il n'existait ni stigmates ni antécédents syphilitiques.

En ce qui concerne les symptômes morbides observés chez ces trois malades, ils ne se distinguaient en rien de ceux de la sciatique classique. Le nerf atteint était partout douloureux à la pression, et deux fois on constata l'existence de troubles de la sensibilité tactile et d'atrophies musculaires. L'augmentation des douleurs pendant la nuit fut notée dans deux cas, mais elle a manqué une fois. D'ailleurs, ces exacerbations nocturnes des phénomènes douloureux se produisant fréquemment dans les sciatiques ne relevant pas de la syphilis, sont dépourvues, dans l'espèce, de toute valeur diagnostique.

Ainsi, d'après les faits observés par M. Mendel, la syphilis paraît figurer dans l'étiologie de la sciatique beaucoup plus souvent qu'on ne l'admet généralement. Il y a donc lieu de songer à ce facteur pathogénique chaque fois qu'on se trouve en présence d'une sciatique rebelle chez un sujet ayant eu autrefois la syphilis et d'instituer, le cas échéant, un traitement spécifique par le mercure, l'iode, de potassium pouvant se montrer incapable d'amener la guérison, comme le fait s'est produit dans une des observations de l'auteur.

(*Bull. méd. — Gaz. méd. belge.*)

INTERETS PROFESSIONNELS

Les obligations des membres d'associations syndicales

A signaler une bien intéressante décision, qui vient d'être rendue en matière de syndicats professionnels en France.

Au moment de la mise en application de la loi sur les accidents du travail, qui mettait les frais médicaux et pharmaceutiques à la charge des patrons, les Compagnies d'assurances contre les accidents auxquels ces derniers étaient assurés, ont proposé aux médecins avec lesquels elles étaient en rapport, un tarif à forfait pour les soins à donner aux blessés, tarif que les médecins ont jugé insuffisant. Les syndicats médicaux ont repoussé de tous côtés ces offres et proposé à leur tour aux compagnies un tarif qu'ils jugeaient plus rémunérateur. Pour vaincre les résistances des compagnies de nombreux syndicats résolurent alors de leur refuser leur concours et de ne soigner les blessés que pour le compte des patrons et d'après le tarif ordinaire, tant qu'ils n'auraient pas obtenu satisfaction.

C'est pourquoi les membres du syndicat médical de Bourgoin, comprenant tous les médecins de cette ville, avaient pris, les uns à l'égard des autres, l'engagement formel de dénoncer tous les traités existant entre certains d'entre eux et les compagnies d'assurances, et de ne plus consentir à soigner les blessés pour le compte des compagnies, tant que celles-ci n'auraient pas traité avec le syndicat sur les bases du tarif proposé.

Au bout de quelques temps, les membres du syndicat crurent s'apercevoir qu'un des leurs, le docteur X... ne respectait pas ses engagements et, tout en restant dans le syndicat, donnait son concours aux compagnies d'assurances en acceptant d'elles des honoraires inférieurs au tarif qu'il s'était engagé à respecter. L'exclusion de ce médecin fut prononcée, et une demande en dommages-intérêts fut intentée contre lui par la Chambre syndicale pour le préjudice qu'il avait causé en faisant échouer, par ses agissements contraires aux engagements pris, la campagne du syndicat.

Le médecin résista à cette action judiciaire, en soutenant n'avoir point violé les délibérations prises et être resté dans la limite de ses droits.

Après de longs débats qui ont occupé de nombreuses audiences, le tribunal de Bourgoin, présidé par M. Boulet, a admis les prétentions du syndicat et prononcé contre le docteur X... une condamnation à 200 francs de dommages-intérêts et à des insertions du jugement dans la presse médicale et les journaux de sa localité.

— Nos lecteurs sauront que les syndicats médicaux français jouissent du droit d'ester en justice d'après la loi sur l'exercice de la médecine de 1892.

(*Gaz. méd. belge.*)

N. D. L. R. — Au Canada, le Collège des médecins aurait beau jeu, s'il jouissait d'une reconnaissance légale. Ça viendra un jour, nous osons l'espérer ! Il est à craindre que beaucoup de gouverneurs aient déjà le boulet au pied.

La hernie, accident du travail,

par le Dr J. BOYER.

La hernie est-elle un accident de travail ? Les chirurgiens, en grande majorité, se sont prononcés pour la négative ; la hernie ne se produit pas sans une prédisposition très nette : le traumatisme est secondaire. Cette doctrine a soulevé des adversaires qui n'admettent pas que la prédisposition soit l'équivalent du fait accompli ; elle se réalise dans certains cas sous l'influence du traumatisme.

Cette division permet de rendre des arrêts contradictoires, mais aussi d'ouvrir une discussion vraiment scientifique.

D'après le *Bulletin de l'office du travail*, il résulte des jugements publiés que la hernie peut, dans certaines conditions, être considérée comme accident de travail, mais que l'ouvrier atteint de hernie doit établir que ces conditions sont remplies.

Quels sont les caractères et le mode de production de la hernie accident, de la hernie de force ? Les hernies se révèlent nettement et subitement, accompagnées de douleurs violentes, immédiatement après un accident proprement dit, dans le cours du travail, ou bien après un effort extraordinaire dans le travail professionnel, c'est-à-dire après un effort corporel dépassant le cadre du travail professionnel ordinaire ; ces hernies ont droit à une indemnité. Si les violentes douleurs ont manqué au moment de la sortie de la hernie et si le médecin, au lieu d'être appelé dans l'intervalle des deux premières journées, ne l'a été qu'ultérieurement, il ne faut pas admettre d'emblée la hernie accidentelle. La production d'une hernie double par suite d'accidents, celle d'une hernie unilatérale, tandis que de l'autre côté il y a tendance manifeste à hernie ou hernie formée sont invrai-

-semblables. Le travail pénible exercé depuis des années, ainsi qu'un âge avancé, sont contre l'hypothèse d'une hernie de force.

Il est en somme des hernies accidentelles dont les conditions et le mode de production sont nettement posés. L'intéressé doit en faire la preuve devant le médecin et le magistrat.

(*L'Echo méd.*)

Le durillon force est-il un accident du travail ?

Cette question vient d'être soumise à l'appréciation de M. le juge de paix du XVII^e arrondissement de Paris. En médecine le durillon forcé est l'inflammation de la petite bourse séreuse artificielle formée sous le durillon pour permettre le glissement de la peau sur les plans sous-jacents. Contrairement à cette opinion, voici la théorie du juge de paix de Paris :

"Attendu, en ce qui touche le caractère à attribuer au durillon forcé, qu'il est impossible de considérer comme constituant une maladie professionnelle le simple durillon qui se forme sur la peau, à la naissance des doigts de la main de toute personne qui manie, pendant un temps plus ou moins prolongé, un outil servant à effectuer un travail exigeant des efforts plus ou moins grands ; que le durillon, tant qu'il est simple, n'est qu'un durcissement ou un épaissement de l'épiderme de la peau, à la base des doigts de la main, ne donnant lieu à aucune douleur, protégeant en quelque sorte la chair contre l'atteinte d'un corps extérieur, et ne présentant aucun caractère morbide : que ce caractère morbide ne se révèle que si le durillon s'enflamme à la suite d'une lésion produite par l'action soudaine et violente d'une force extérieure ; qu'alors il devient ce qu'en médecine on appelle le durillon forcé ; que celui-ci présente donc les deux caractères reconnus indispensables, mais suffisants pour qu'il y ait accident dans le sens de l'article 1^{er} de la loi du 9 avril 1898, action soudaine et violente provenant d'une cause extérieure et lésion de l'organisme...

"En conséquence, le tribunal a déclaré que le durillon forcé, survenant dans l'exercice du travail, donne droit à une indemnité."

Ces considérants ont été vivement attaqués par le Dr Bataille, à la Société centrale de médecine du département du Nord, qui considère que le durillon forcé est une affection professionnelle mais non accidentelle. Ce phlegmon d'une bourse séreuse sous cutanée, ne peut être visé par une loi qui est restreinte aux accidents proprement dits, conséquence immédiate ou prochaine d'un événement soudain.

M. le Dr Granjux, du *Bulletin médical*, pour hâter la diffusion d'une saine appréciation des faits, propose la substitution à la dénomination durillon forcé, celle de durillon infecté.

(*Ibid.*)

FORMULAIRE

ELECTUAIRE ANTINÉVRALGIQUE.

Carbonate de fer..... 16 grammes.
Sulfate de quinine..... 8 décigr.
Extrait d'opium..... 8 centigr.
Sirop de sucre..... q. s.

F. S. A. et divisez en 16 doses, à prendre 5 par jour.

(*Gaz. méd. belge.*)

Contre la dyspepsie phosphaturique.

(M. A. ROBIN.)

Acide arsénieux..... 0 gr. 05
Poudre de fèves de Saint-Ignace. 0 gr. 50
Poudre de rhubarbe 2 gr. 50
Poudre d'opium brut..... 0 gr. 50
Extrait de gentiane..... q. s.

Divisez cette quantité en 50 pilules. Donnez une pilule au milieu de chacun des principaux repas.

Tartrate ferrico-potassique..... 0 gr. 05 à 0, 10
Poudre de rhubarbe..... 0 gr. 05
Extrait de quinquina..... 0 gr. 10

Pour une pilule. Prendre une pilule au commencement du déjeuner et du dîner.

Citrate de fer..... 0 gr. 10
Extrait de noix vomique..... 0 gr. 0025
Poudre d'opium brut..... 0 gr. 01
Poudre de rhubarbe..... 0 gr. 05
Extrait de gentiane..... 0 gr. 08

Pour une pilule. Prendre une pilule au commencement des principaux repas.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Collodion tanno-campbre contre l'erysipele.

(V. EWANS.)

Tanin..... 4 gr.
Camphre..... 2 gr. 50
Collodion..... 30 gr.

Mélez. — Usage externe.

Avec ce mélange, M. Ewans badigeonne les placards érysipélateux, ainsi qu'une zone de peau saine environnante, large de deux travers de doigt environ ; on répète ces applications quatre à six fois par jour. En même temps, le malade est mis au régime lacté, et on lui administre quelques doses de quinine ou d'antipyrine.

D'après notre confrère russe, le collodion tanno-campbre amenderait les douleurs au niveau des régions atteintes d'erysipele et enrayerait rapidement cette affection dans la majorité des cas.

(*J. de méd. de Paris.*)

Revue des journaux

MEDECINE

Sur le mécanisme du rôle d'arrêt du foie vis-à-vis des poisons

par le Dr ANDRÉ LOMBARD.

Depuis les travaux de Schiff, de MM. Bouchard, Roger, Gley, on admet que le foie sert à protéger l'organisme contre les intoxications et les infections. Quoiqu'il laisse passer certaines substances (potasse, digitale, etc.), dans l'économie, son action s'exerce d'une façon générale aussi bien vis-à-vis des produits de sécrétions microbiennes que vis-à-vis des alcaloïdes végétaux. Ce rôle d'arrêt des poisons a été bien mis en lumière par M. Roger, qui a montré, en opérant avec la strychnine : d'une part, "qu'une dose d'alcaloïde qui ne produit aucun effet sur une grenouille saine est capable de déterminer de violentes convulsions tétaniques chez une grenouille privée de son foie ;" et d'autre part que, si tous les tissus fixent cet alcaloïde, "leur coefficient d'absorption est bien différent ; à poids égal, le foie emmagasine onze fois plus de strychnine que les muscles, trois fois plus que les reins."

Mais il n'est pas à notre connaissance qu'on ait donné jusqu'à présent la genèse de cet arrêt. Les recherches que nous avons entreprises au sujet de l'immunité naturelle de certains animaux vis-à-vis d'un alcaloïde dont ils supportent sans inconvénient une dose plusieurs fois mortelle pour un autre animal, nous ont tout naturellement conduit à l'explication du rôle du foie.

Nous avons injecté 0 gr. 004 de sulfate de strychnine sous la peau d'un cobaye de 500 gr. L'animal, au bout de quelques minutes, présentait une crise ou une série de crises tétanoïdes ; mais la mort ne survenait pas. Sans doute, nous aurions pu introduire des doses encore plus élevées par une injection plus lente ; ou par l'introduction dans l'estomac au moyen d'une sonde. Mais il nous a paru que ces méthodes nous donnaient moins de garanties pour une expérimentation rigoureuse. Nous étions sûrs que toute la dose injectée était bien absorbée et qu'aucune partie n'en avait été éliminée lorsque nous sacrifions l'animal, ce qui eût été impossible en procédant lentement.

Le cobaye résistait à une dose de poison qui eût entraîné la mort d'un lapin ou d'un chien, il fallait que ce poison s'accumulât immédiatement dans un tissu, dans des cellules, auxquels nous devons supposer un rôle antitoxique, neutralisant, ou simplement un rôle d'arrêt.

Pour arriver au foie, cette injection devait nécessai-

rement suivre la voie sanguine ou la voie lymphatique, et c'est dans le sang que nous avons entrepris de rechercher l'alcaloïde. Nous avons été frappé, dès l'abord, en faisant la numération des éléments du sang immédiatement avant et une demi-heure après l'injection. Le nombre des globules rouges restait bien invariable, mais celui des globules blancs était considérablement et constamment augmenté au second examen. Décapitant alors l'animal, nous recueillions soigneusement tout son sang, et après l'avoir oxalaté, nous le centrifugions pendant deux heures. Puis, nous injectons d'égales quantités de chaque élément, soit dans la substance cérébrale de lapins, soit sous la peau de grenouilles. La grenouille qui a reçu 1 cc. de globules rouges ne présente aucun phénomène anormal appréciable. Celle qui a reçu 1 cc. de sérum présente encore des mouvements coordonnés, une respiration assez active, mais elle a une certaine raideur des membres postérieurs après l'exécution d'un mouvement. Celle à qui nous avons injecté 1 c.c. de globules blancs ne réagit pas aux excitations : les mouvements respiratoires sont bien moins actifs (deux fois moins) que chez les autres grenouilles ; le lendemain, quand on saisit l'animal, on provoque l'arrêt complet de la respiration, tandis que, raide comme un morceau de bois, il met ses membres postérieurs dans l'extension forcée. Enfin, une quatrième grenouille reçut 1 cc. d'extrait préparé avec le foie et la rate du cobaye ; elle a, peu de temps après, la sensibilité émoussée, de l'apnée, et le lendemain nous la trouvons morte.

De même, en expérimentant avec de l'atropine.

Ainsi, après l'injection de 0 gr. 15 de sulfate d'atropine à un cobaye de 700 gr. nous voyons cet animal présenter, au bout de dix minutes, des troubles consistant en une sorte de stupeur et un ralentissement de la respiration, allant jusqu'à l'arrêt complet, mais dont l'animal revient facilement. L'examen du sang, pratiqué avant et après l'injection, dénote toujours la leucocytose consécutive.

Après centrifugation, nous injectons à des chats à peu près de même poids, une égale quantité de chaque élément du sang : celui qui a reçu des hématies ne présente que des modifications pupillaires très minimes et très fugaces ; celui qui a reçu du sérum a les mêmes manifestations un peu plus accentuées, mais tout aussi éphémères ; enfin, celui qui a reçu des leucocytes à la dilatation pupillaire maxima ; elle dure jusqu'au lendemain et s'accompagne de photophobie, de dysphagie, puis de diarrhée ; en un mot, l'animal reproduit le tableau de l'intoxication par l'atropine. Un quatrième animal, auquel nous avons injecté un extrait aqueux, préparé avec le foie et la rate de l'animal, a présenté des phénomènes pupillaires bien plus accentués que les deux premiers ; mais assurément moins nets et moins prolongés que le troisième.

De ces constatations, nous avons conclu que, quand l'animal, ayant reçu une forte dose d'alcaloïde, survivait

à l'injection, le poison avait été pris dès son entrée dans l'organisme par les leucocytes qui l'emmagasinent, et dont le nombre s'accroît pour offrir une plus grande surface d'absorption (Lombard.)

Nous comprenons fort bien que certains expérimentateurs (Claude Bernard, Brown-Séquard) n'aient pas obtenu d'accidents toxiques avec le sang d'animaux intoxiqués : — *x*) ou bien ils opéraient trop tardivement, c'est-à-dire après une demi-heure, et le poison était entièrement localisé dans le foie, ou avait déjà subi un commencement d'élimination (vomissement, fèces, miction) ; — *b*) ou bien ils opéraient sur une quantité de sang insuffisante, étant donné que les éléments n'en étaient point isolés.

Il importe, en effet, d'avoir des leucocytes en grand nombre. Or, ne savons-nous pas que, outre qu'ils sont réfugiés dans le foie, la rate, la moelle des os, — dès que la circulation est ralentie, ils s'accroissent à la paroi vasculaire, constituant un manchon aux globules rouges, et que, pour les avoir tous, non point ceux qui sont déjà extravasés, mais ceux qui sont encore dans les vaisseaux de tout ordre et de tout calibre, il faut y faire passer un courant d'eau salée jusqu'à ce que cette eau sorte à peine rosée ? (Jolyet et Laffont. Cela nous explique la quantité infinitésimale d'alcaloïde que renferme une portion du sang envisagé en masse, comme l'avaient fait Vulpian et M. Jolyet.

Nous voyons, de la sorte, qu'en opérant avec une masse de sang, même relativement grande, il est bien difficile d'obtenir un résultat positif, puisqu'on n'a qu'une quantité tout à fait minime de globules blancs. Mais nous devons retenir ces deux faits :

- 1° les leucocytes sont augmentés en nombre ;
- 2° les globules blancs possèdent à peu près seuls la propriété de reproduire, chez un animal sensible à cette action, l'action physiologique qu'eût produite l'alcaloïde injecté directement.

Si l'on veut réfléchir à ce fait que nous n'avons pu opérer qu'avec une quantité de leucocytes bien inférieure à la quantité totale de l'organisme et que, de la masse que nous en avons, il suffisait d'injecter 1/500e environ du poids du corps pour obtenir des effets très accusés, on ne peut dénier au leucocyte le rôle d'avoir arrêté le poison injecté ; car la même dose, mise directement au contact de la substance nerveuse, eût été mortelle certainement. Nous savons que le foie est d'abord un centre actif de leucocytopoïèse ; mais il est aussi le lieu où les leucocytes vieux viennent se désagréger et mourir.

Notre conclusion sera donc que le foie possède bien vis-à-vis des poisons un rôle d'arrêt, mais, en interprétant le fait, nous voyons que ce rôle ne s'exerce que par l'intermédiaire des globules blancs. Ce sont eux qui fixent le poison ; et — soit altérés dans leur vitalité, soit que l'endothélium vasculaire devienne le dernier refuge de l'alcaloïde, ces éléments anatomiques viennent en grand nombre, sinon en totalité, dans le foie, pour s'y désagré-

ger et y abandonner momentanément la substance toxique, d'où ils la retireront peu à peu, de façon à n'en mettre en circulation dans le sang qu'une quantité compatible avec la vie de chaque cellule différenciée (nerveuse, musculaire), et aussi de façon à l'éliminer peu à peu par les différents émonctoires.

(*Progrès méd.*)

Sur un mode spécial d'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire et par réaction chimique.

par le docteur BAROUX (d'Armentières).

On rencontre l'acide oxalique à l'état de bioxalate et de quadroxalate de potassium dans certains légumes, tels que l'oseille, les épinards, les tomates, à l'état d'oxalate de sodium dans les salicornes, plus connus sous le nom de salade de mer ou de perce-pierre, et sous forme d'oxalate de calcium dans certains lichens.

Ces sels se trouvent, sous forme de cristaux minuscules, bien caractéristiques dans l'intérieur des cellules végétales, au milieu du protoplasma près du nucléole. Ils se trouvent en grande abondance, surtout dans les feuilles. Beaucoup de botanistes les considèrent comme des produits d'élimination.

Ces plantes sont réputées comme rafraîchissantes ; de fait, elles ont leur utilité, à titre de préventif ou de curateur du scorbut. Rien d'étonnant à cela du reste puisque cette maladie est occasionnée par un régime alimentaire dépourvu de fruits et de végétaux frais.

Dans les gravelles et dans les maladies des reins, il est d'usage d'en prohiber l'emploi, à cause du passage dans les urines de leur acide oxalique, à l'état d'oxalate de chaux, sel insoluble, pouvant faire souche de calculs extrêmement durs, et en tout cas toujours irritant pour les voies urinaires.

Ce ne sont pas là malheureusement les seuls méfaits que ces légumes peuvent occasionner dans l'organisme. Associés dans un même repas avec des fruits, contenant de l'acide citrique, ils peuvent déterminer du côté du duodénum une irritation très vive, produite par de l'acide oxalique qu'une réaction chimique met en liberté.

Il y a dans le mode d'éclosion de cette duodénite toxique un côté insidieux tout particulier. Ses symptômes et son diagnostic, absolument précis, font aussi de cette affection une maladie facile à reconnaître quand on l'a étudiée en détail.

Ce fut un de mes clients qui, le premier, attira mon attention sur cette question, il y a quatre ans.

Un soir d'été, je fus appelé auprès de lui. Il se plaignait d'une violente douleur dans l'abdomen en un point bien déterminé, situé à l'extrémité droite de la région épigastrique. Il avait vomi quelques mucosités et il avait un peu de diarrhée. Après avoir songé un moment à

une colique hépatique, il me fallut vite abandonner cette idée.

Il n'existait pas de fièvre et les selles presque liquides, peu abondantes et peu odorantes, étaient striées de glaires. Je pensai alors à une débâcle provenant de quelque écart de régime et j'interrogeai mon client dans ce sens.

C'était un jeune homme de vingt-trois ans, un peu teinté de neurasthénie, très soigneux de son hygiène et fort attentif aux moindres phénomènes de son organisme, une sorte de scrupuleux de l'ordre physique. Il me répondit qu'il avait vécu très sagement ce jour-là et les précédents, et que son malaise, selon lui, provenait de ce qu'il avait mangé à son dîner, consécutivement, des épinards et des cerises sures; il avait fait, sans rien éprouver ensuite, un repas du même genre, où les cerises étaient sucrées au lieu d'être sures.

La différence qui existe entre les deux variétés de ce fruit, c'est que l'une, le plus douce au goût, est surtout riche en acide malique et l'autre en acide citrique.

Il y avait à se demander si l'acide citrique des cerises, en présence des oxalates des épinards, n'était pas en état de les décomposer et de produire de l'acide oxalique, dangereux surtout par sa causticité et bien capable de produire des troubles intestinaux à l'endroit indiqué.

Théoriquement la chose est possible. Quand on additionne d'acide citrique une solution d'oxalate, la réaction s'explique par ce seul fait que l'acide oxalique est moins soluble que l'acide citrique.

On constate d'ailleurs expérimentalement que, si on ajoute à une solution saturée de sel d'oseille de l'acide citrique en nature, il se produit au bout d'un certain temps, un précipité d'acide oxalique, cristallisé en prismes clinorhombiques caractéristiques.

J'ai pu vérifier ce fait d'une façon bien précise; il y a cependant lieu ici de tenir compte du partage des bases entre les acides suivant les lois très complexes de la thermochimie. En un mot l'acide citrique libre n'élève jamais à l'oxalate de potasse, par exemple, toute la potasse, et il existe entre l'acide oxalique libre, l'acide citrique libre, l'oxalate et le citrate, un état d'équilibre qu'il est difficile de déterminer exactement. Cette observation et ces considérations mirent mon esprit en éveil; j'en pris bonne note pour pouvoir m'édifier plus tard avec certitude.

Huit mois environ après ce cas, je fus appelé en toute hâte un soir de février à visiter deux jeunes enfants, se plaignant de violentes coliques: c'était une fillette de cinq ans et un garçon de quatre ans, frère et sœur; c'étaient aussi deux hyperchlorhydriques, sujets au pyrosis, mais à part cela, toujours bien portants. Ils souffraient beaucoup dans la région épigastrique à l'endroit déjà signalé; ils avaient vomi quelques mucosités et ils avaient une diarrhée nullement fétide, mais franchement glaireuse et tellement glissante qu'ils souillaient conti-

nuellement leurs draps. Leur température était montée à 40 degrés, leur langue n'était point saburrale.

Devant ces symptômes identiques aux précédents, à part la fièvre, j'évoquai de suite devant les parents le menu du précédent repas qui avait dû certainement contenir des légumes à oxalates avec des fruits riches en acide citrique.

Je ne me trompais pas, quatre heures environ avant le début de ces accidents, ces deux enfants avaient mangé consécutivement des épinards, pauvres en beurre, et une grosse orange.

Ce dernier fruit isolé, quelquefois laxatif, ne pouvait pas être incriminé.

Sur mes conseils, pour remédier à quelques accidents de croissance, ils en avaient souvent mangé, l'année précédente, et ils l'avaient toujours bien supporté.

Un traitement rationnel fut institué: le lendemain, la fièvre était tombée à 38°5, et disparut tout à fait vingt-quatre heures plus tard, mais les glaires persistaient dans les garde-robes et, ce jour-là, elles étaient devenues franchement sanguinolentes. Une remarque est à faire ici, les autres personnes, qui assistèrent à ce repas, furent indemnes de tout malaise et elles ne comprenaient que des adultes. Elles n'avaient du reste mangé que quelques quartiers d'orange et de plus il y a lieu de tenir compte de cette considération que les enfants sont de beaucoup plus sensibles, dans toutes les parties de l'intestin, que les grandes personnes.

Tout le monde s'était plu, par exemple, à reconnaître que, contrairement au proverbe, le beurre manquait dans les épinards. L'enveloppe des cellules, contenant les oxalates, avait donc été insuffisamment imbibé de ce corps gras, qui certainement doit la protéger contre l'action destructive de l'acide chlorhydrique du suc gastrique et de l'acide citrique, surajouté.

Il est un fait d'observation, c'est qu'après l'absorption d'oseille et d'épinards, on retrouve dans les fèces des gens ayant les fonctions digestives en bon état, une partie de ces légumes intacts échappant ainsi à l'action des sucs digestifs.

Ici, nous avons affaire, pour comble de malchance, à des hyperchlorhydriques qui avaient de plus mangé une orange très volumineuse.

En cinq jours de temps, les deux enfants furent complètement rétablis.

Dans la suite, j'eus deux nouveaux cas, entrant dans le cadre des précédents. Il s'agissait encore de deux jeunes enfants. Ils étaient âgés de six ans et de huit ans et ils vivaient dans la même maison. Un mardi, je fus appelé à les visiter pour une diarrhée avec point douloureux sur la partie droite de l'épigastre. Ils en souffraient depuis le dimanche précédent dans l'après-midi. Ils avaient mangé ce jour-là au dîner une soupe, contenant beaucoup d'oseille, et des huîtres largement arrosées de jus de citron. Ils avaient l'un et l'autre 38 degrés de fièvre et les selles étaient formées surtout de glaires san-

guinolentes. On m'a affirmé que la fièvre avait été beaucoup plus forte l'avant-veille au soir. J'avais affaire dans le cas présent à des enfants chétifs et sensibles depuis longtemps de l'intestin. Quelques petites doses de tannin et trois jours de régime lacté firent tout rentrer dans l'ordre.

J'eus ensuite connaissance d'un autre cas qui ne se passa pas dans ma clientèle.

Un jeune homme, après l'absorption consécutive d'une soupe à l'oseille et d'une douzaine d'huîtres, fortement acidulées au jus de citron, fut pris d'une diarrhée fusant dans les vêtements.

Les selles ne furent pas examinées, mais pour s'échapper quasi-involontairement elles devaient être certainement glaireuses.

Pour ce qui est de la fièvre, je ne pus rien savoir. Le malade dut tenir la chambre pendant vingt-quatre heures. C'était un être émotif de l'intestin, sujet très fréquemment à ces diarrhées nerveuses d'ordre moral, auxquelles le professeur Dieulafoy a appliqué l'expression de flux intestinaux.

Tout dernièrement, je fus témoin d'un autre empoisonnement absolument semblable. Il s'agissait dans l'espèce d'un jeune homme de dix-huit ans, bien constitué mais sujet depuis longtemps à des poussées d'acné du visage que j'avais rattachées à un mauvais état de l'intestin.

Quand je fus appelé auprès de lui, il venait de rentrer d'une ville voisine où il avait assisté à un repas plantureux. Il était au lit en proie à une fièvre de 40 deg.és. Il se plaignait d'une douleur atroce, siégeant au delà du pylore et s'augmentant beaucoup à la pression. La langue n'était point chargée et les selles peu abondantes consistaient en matières fécales, mélangées de glaires non sanguinolentes qui s'échappaient souvent, à l'issu du sujet, après quelques gargouillements intestinaux.

En présence de ce spectacle, mon diagnostic fut vite établi et j'en sollicitai la confirmation, de la part de mon malade, par l'énoncé de son dernier repas.

Celui-ci avait été terminé sept heures auparavant et les accidents avaient débuté au bout de quatre heures, par quelques vomissements légèrement muqueux. Le dîner avait commencé par une soupe aux tomates. Il y avait donc eu absorption d'oxalates. La recherche de l'acide citrique fut très pénible, un autre convive de ce banquet, présent au lit du malade, comme celui-là du reste, n'avait aucun souvenir d'en avoir absorbé sous une forme ou sous une autre.

On énuméra alors le menu plat par plat, et on arriva au faisandé. Un souvenir revint à mon malade ; seul peut être de toute l'assistance, il avait comprimé vigoureusement sur un morceau de ce gibier la moitié d'un citron.

Il m'aurait caché ce détail que je n'en aurais pas moins persisté dans mon diagnostic.

Devant l'intensité des phénomènes douloureux, il fallut appliquer des cataplasmes laudanisés : une potion au benzonaphtol et au salicylate de bismuth, édulcorée par du sirop de ratanhia, fut aussi prescrite de suite et le sujet fut mis au régime lacté.

(à suivre)

L'adipose douloureuse.

L'affection spéciale décrite en 1888 au Congrès des neurologistes américain par Dercum, de Philadelphie, sous le nom d'adipose douloureuse, a fait l'objet de la leçon du 24 mai dernier du professeur Debove. La malade présentée à la clinique de l'hôpital Beaujon est celle dont l'observation a déjà été publiée le 19 avril 1901 par M. Achard.

Il s'agit, rappelons le tout d'abord, du premier cas de ce genre signalé en France.

L'expression d'adipose douloureuse est merveilleusement choisie, car elle traduit nettement la physionomie générale et la symptomatologie de cette affection. Il ne faut pas, comme on a tenté de le faire, lui substituer la dénomination de maladie de Dercum : on changerait ainsi bien inutilement un nom qui signifie quelque chose par un autre qui ne dit plus rien. Il convient d'ailleurs de protester, d'une manière générale, contre la tendance actuelle qu'on a de baptiser toutes les maladies du nom des auteurs les ayant plus ou moins étudiées. C'est une terminologie absolument déplorable pour la mémoire et qui crée parfois des prétentions extraordinaires.

Quoi qu'il en soit, la malade en question est une femme de 80 ans remarquablement bien conservée, physiquement et intellectuellement. Jusqu'à ce jour, toutes les observations d'adipose douloureuse connues ont trait à des femmes, et la plupart du temps, à des femmes âgées. Les antécédents héréditaires de la patiente n'offrent rien à noter et, en particulier, elle n'a pas connu de personne réellement obèse dans sa famille, autant qu'elle se souvienne. Rien de spécial non plus dans ses antécédents personnels. Les accidents actuels remontent à une quinzaine d'années et paraissent s'être développés à la suite d'une émotion violente et d'une chute assez sérieuse qui aurait nécessité une intervention chirurgicale sur la cuisse gauche.

Depuis cette époque la malade s'est plainte de douleurs d'intensité variable, survenant par crises et localisées à la cuisse d'abord puis dans tous les autres membres. Il y a quelques semaines ces phénomènes douloureux devinrent tellement aigus et si violents que la patiente se décida à entrer à l'hôpital. M. Achard, dans le service duquel elle fut admise, constata qu'effectivement il existait des masses adipeuses multiples, fort douloureuses à la pression. Aujourd'hui, nous ne retrouvons plus la même sensibilité. Ce premier symptôme de la maladie présente donc des variations assez

considérables dans son intensité. Il apparaît exclusivement au niveau même des masses graisseuses et il s'exagère par une pression soutenue. Précède-t-il ou suit-il le développement de l'adiposité ; quel est, chronologiquement, le premier en date des deux signes ? Ce point de pathologie n'a pas encore été tranché d'une façon définitive, les renseignements fournis par les intéressés ayant toujours manqué de précision.

Le deuxième symptôme, l'adiposité, revêt lui aussi des caractères tout à fait particuliers. Il ne rappelle, on rien, l'obésité ordinaire et la graisse s'accumule seulement en certaines régions, le long des trajets nerveux. laissant indemnes entièrement les autres parties du corps. Il s'agit généralement d'une obésité limitée respectant la tête, le cou et les extrémités. Elle se montre plus particulièrement à la racine des membres d'une manière symétrique, s'accusant également à droite et à gauche. De plus, ce sont les parties homologues qui s'affectent, par exemple la moitié supérieure de la jambe et la moitié supérieure de l'avant-bras, le tiers postérieur et la moitié supérieure du bras.

Chez notre malade, les bourrelets graisseux sont développés au niveau des malléoles et vers le 1/3 supérieur de la jambe. Le contraste est réellement frappant entre le pied qui a conservé son volume. A la cuisse, le phénomène est surtout accentué à la partie postérieure qui, chargée d'une graisse abondante, molle et flottante, rappelle l'œdème des parties déclives. Au membre supérieur, l'adiposité est non moins particulière. Elle se montre au quart supérieur de l'avant bras et à la partie postérieure du bras jusqu'au creux de l'aisselle où elle s'arrête. A la partie supérieure de la poitrine, au cou, aux régions sus et sous-claviculaire, rien d'anormal. On ne trouve, en particulier, ni le développement excessif du cou, ni le double menton des obèses.

Les caractères des masses graisseuses sont les suivants ; la surface malade est uniformément développée et, à la palpation, on peut distinguer des nodules fusionnés qui ne sont autre chose que l'exagération des loges normales de la graisse.

L'adiposité est-elle continue ? Il semble que chez la malade, il y ait eu des fluctuations appréciables dans l'abondance du tissu graisseux ; en un mot, l'adiposité, comme la douleur, seraient variables.

Telle est la symptomatologie de cette curieuse affection. Elle est, comme on le voit, fort simple et ne prête guère à confusion. Le diagnostic n'offre donc pas de difficulté. Quant au pronostic, il est bénin à proprement parler, car l'adipose douloureuse ne cause pas la mort. Notre patiente en est atteinte depuis l'âge de 65 ans et elle a actuellement 80 ans. Or, malgré cet important intervalle, elle ne présente aucun trouble viscéral. Cependant, en ce qui concerne les lésions elles-mêmes, ce pronostic est loin d'être aussi avantageux, car celles-ci ne guérissent jamais : du moins on n'en connaît pas d'exemple.

Anatomiquement, nous ne sommes guères fixés sur la pathogénie de cette affection. Dercum, dans une autopsie faite chez une femme morte d'affection intercurrente, a trouvé un tissu adipeux ne différant en rien de la graisse ordinaire, quelques petits kystes du corps thyroïde (lésion banale) et, dit-il, de légères altérations des filets nerveux. Bien entendu, ces recherches anatomopathologiques sont encore bien trop insuffisantes pour permettre d'établir une théorie de l'adipose douloureuse.

Quelle idée, cependant, peut-on se faire de sa nature intime ? Je ne crois pas, pour ma part, au myxœdème, car d'une part, les troubles intellectuels et les modifications du corps thyroïde sont absents et, d'autre part, l'œdème muqueux ne ressemble en rien au développement exagéré de la graisse.

Il y a, par contre, une théorie pathogénique qui m'est personnelle et que je désire vous soumettre. Je vous ai dit dans mes leçons sur l'obésité que je considérais cette dernière comme une altération d'origine nerveuse, l'accumulation de la graisse dans les tissus me paraissant être sous la dépendance du système nerveux général. Eh bien ! il peut se produire, à mon sens, une modification analogue du système nerveux périphérique, entraînant une obésité locale et partielle. L'adiposité se montre surtout à la racine des membres. Or, de nombreux faits semblent démontrer clairement qu'il existe pour les racines et pour les extrémités des membres une innervation spéciale et distincte (acromégalie, asphyxie des extrémités, par exemple).

L'adipose douloureuse étant localisée n'est pas justiciable du traitement habituel de l'obésité. Elle n'a pas de thérapeutique proprement dite.

(Gaz. méd. belge.)

Les pleuresies typhoïdes.

D'après M. P. MICHEL (Th. de Paris.)

La pleurésie typhoïde n'a été tout d'abord qu'une découverte d'autopsie. Chirac (1762), Rœderer et Wagner (1762) signalent la coexistence de sérosité dans les plèvres avec les ulcérations intestinales de la dothiéntérie. Prost (1804) Serres, Bouillaud et Louis décrivent des cas analogues. Puis, lorsque grâce aux recherches de Laënnec, le diagnostic clinique de pleurésie est devenu possible, Landel, Trousseau, Rilliet et Barthez, Piéchaud de Maunoury, Grisolle, Rollet tracent en France le tableau de la pleurésie typhoïde, tableau que viennent compléter les cliniques de M. Raynaud, les thèses de Robert, Guillermet et La Saigüe. Les travaux de Peacock, Livindie, Gairdner, Murchison, en Angleterre et de Griesinger, d'Hoffmann et Leibermister, en Allemagne contribuent à fixer l'histoire clinique de cette affection. Enfin, récemment, différents auteurs s'efforcent de déterminer le rôle du bacille d'Eberth

dans la production des épanchements pleuraux [Rendu et de Gennes (1885)], Valenti (1889), Mye et Belfanti, etc., et de préciser les propriétés du liquide pleural. Toutefois, cette partie de la question reste encore à l'étude : la symptomatologie de la pleurésie typhoïde commence au contraire à être aujourd'hui bien connue.

La pleurésie typhoïde apparaît rarement à l'état de manifestation isolée de la dothiéntérie sur les voies respiratoires. Dans la plupart des observations, elle est précédée de lésions pulmonaires qui lui ont ouvert la porte. Quelle que soit la nature de ces dernières, elles jouent un rôle dans l'apparition de l'épanchement : on peut les classer sous trois chefs principaux :

1° Inflammation de la plèvre secondaire à une lésion pulmonaire comme infarctus, pneumonie, bronchite. Tantôt ces lésions pulmonaires restent latentes jusqu'au moment où éclate la pleurésie ; tantôt, au contraire, elles se manifestent par des symptômes évidents : foyers congestifs aux bases, crachats hémoptoïques, etc., etc. Dans d'autres cas enfin, ces lésions sont celles d'une pneumonie franche retentissant secondairement sur la plèvre.

2° Le bacille d'Eberth peut exister dans le poumon des typhiques (früh) : des lymphatiques profonds de cet organe il arrive au réseau superficiel et peut ainsi ensementer le liquide pleural.

3° Dans une dernière catégorie de faits, la pleurésie n'est pas, à franchement parler, une pleurésie typhoïde, mais une pleurésie chez un typhique. Une infection précédente peut avoir fait de la plèvre un milieu de moindre résistance et provoquer le développement, chez un typhique, d'une pleurésie tuberculeuse, streptococcique, etc.

Les pleurésies typhoïdes sont presque constamment des pleurésies à épanchement. L'épanchement est d'habitude peu abondant, ne dépassant pas l'angle de l'omoplate dans la majorité des cas, ne montant qu'exceptionnellement jusqu'au tiers supérieur de l'omoplate. De plus, il a une tendance à rester localisé, soit dans la partie postérieure de la grande cavité, soit au niveau d'une scissure interlobaire ou encore dans le cul-de-sac diaphragmatique de la plèvre. Ces pleurésies se rapprochent des pleurésies rhumatismales par tous leurs caractères, et surtout par leur tendance à la guérison. Ces pleurésies finissent presque toujours, en effet, par disparaître ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles deviennent purulentes. Comme autre caractère saillant, il faut noter la mobilité des symptômes, leurs variations rapides.

Les signes fonctionnels ne mettent pas le médecin en éveil les malades ne se plaignent pas, le point de côté est souvent absent. Cette latence des symptômes fonctionnels explique que les pleurésies typhiques aient souvent été méconnues, d'autant qu'elles n'ont pas d'époque fixe dans leur apparition.

On peut, à ce point de vue diviser cette affection en plusieurs classes distinctes. Tout d'abord, il faut sig-

naler une variété toute spéciale, le pleuro-typhus. C'est la pleurésie qui ouvre la série, la fièvre typhoïde ne vient qu'ensuite. Le pleuro-typhus est d'ailleurs une rareté. Les deux autres formes sont au contraire beaucoup plus fréquentes ; la première apparaît dans le cours même de la dothiéntérie, la seconde au moment de la convalescence : on pourrait donc les désigner sous le nom de *para* et de *metatyphoïde*. Les pleurésies paratyphoïdes sont les plus rares des deux. Quant à la dernière variété, elle s'observe au moment de la défervescence à partir de la fin du troisième septénaire. La température est à la période de lysis ou même a déjà atteint la normale. Dans ces conditions, si on ne constatait pas l'existence, dans le liquide pleural, du bacille d'Eberth, on ne serait pas autorisé à porter le diagnostic ferme de pleurésie typhoïde.

Quels sont les caractères cliniques de ces différentes variétés ? Le pleuro-typhus étant partout bien décrit, nous ne l'étudierons pas ici. Il n'en est pas de même des pleurésies *para* et *metatyphoïde*, qui sont encore assez peu connues. Le début des premières est insidieux ; à peine note-t-on un peu de submatité à la base du côté atteint et quelques râles sont difficilement perceptibles. Cependant, dès ce moment, la ponction exploratrice permet souvent de reconnaître l'existence d'un léger exsudat. Les signes fonctionnels sont muets, la courbe thermique ne donne que peu de renseignements. En somme, si on n'ausculte pas attentivement tout le thorax on peut très bien laisser échapper une pleurésie paratyphoïde.

Dans les pleurésies *metatyphoïdes*, le début est beaucoup plus net. Le malade accuse un point de côté très vif, augmenté par les mouvements respiratoires et par la pression, irradiant le long des côtes avec une intensité parfois remarquable. Il tousse un peu, crache, est essouffé il se couche du côté malade, évitant tout mouvement par la crainte de la douleur que le moindre mouvement réveille. La température remonte à 38 ou 39 degrés, avec exacerbations nocturnes. L'appétit est diminué, il existe quelquefois de la céphalalgie et des vomissements.

A la période d'état, les symptômes sont identiques, qu'il s'agisse de pleurésie *meta* ou *paratyphoïde* à l'infection ; un côté du thorax est plus ou moins complètement immobilisé, la respiration a pris le type costal supérieur, les espaces intercostaux sont légèrement saillants. A la palpation il y a diminution ou abolition des vibrations thoraciques. A la percussion, dans les cas types, il y a une matité très nette, dure, hydrique, remontant jusqu'à la limite supérieure de l'épanchement, cessant brusquement avec elle. En avant, et au sommet, il existe un peu de skodisme. L'espace de Traube présente sa sonorité normale, les pleurésies typhiques étant ordinairement des pleurésies à petit épanchement. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli ou même aboli au niveau de l'épanchement ; au niveau de la partie supérieure du liquide, il existe un souffle qui

présente les caractères habituels des souffles pleurétiques. L'égophonie la pectoriloquie, le signe du sou (Pitres) s'observent d'habitude : il n'en est pas de même du déplacement des organes qui manque presque toujours.

Les signes fonctionnels, réduits au minimum dans les pleurésies paratyphoïdes, sont très accentués dans l'autre variété. La dyspnée et le point de côté sont constants. La toux est quinteuse, nocturne avec exacerbations matinales ; l'expectoration est ordinairement peu abondante.

La durée de ces pleurésies est variable. Les unes sont terminées au bout d'une quinzaine ; d'autres traînent jusqu'à six semaines. Mais, d'une façon générale, elles ont une évolution rapide et tendent naturellement à la guérison. Le passage à l'état chronique, la suppuration sont exceptionnels.

multiples peuvent être les formes cliniques de la maladie. Les formes suivant les localisations sont d'autant plus importantes que dans la pleurésie typhoïde il existe une tendance marquée au cloisonnement et à l'enkystement. Le diagnostic de ces pleurésies localisées, toujours délicat quand il s'agit d'un kyste pseudo-pleural ou d'une pleurésie interlobaire, est assez facile dans les pleurésies diaphragmatiques, que caractérisent les signes habituels dus à l'irritation du voisinage du diaphragme et du nerf phrénique.

Au point de vue de la nature du liquide, les pleurésies typhoïdes peuvent être séreuses, hémorragiques ou purulentes ; mais ce qui les caractérise, c'est surtout leur tendance à devenir hémorragiques. Le liquide pleural hémorragique est plus fréquent que dans les pleurésies de n'importe quelle nature. Les pleurésies purulentes, les plus graves de toutes, peuvent être difficiles à diagnostiquer des pleurésies séreuses : l'œdème de la paroi est peu marqué, la fièvre manque le plus souvent ; en réalité, il n'y a que deux signes de certitude : la ponction exploratrice et la vomique.

Le diagnostic des pleurésies typhoïdes est presque toujours délicat : il est possible, si l'on a soin de tenir compte des lésions pulmonaires précédentes, d'ausculter attentivement le malade, de pratiquer une ou plusieurs ponctions aspiratrices. Le pronostic de la dothiénentérie n'est pas sensiblement aggravé par l'apparition des différentes variétés de pleurésies typhoïdes. Quant au traitement, il n'offre rien de spécial, et l'on aura recours, suivant les cas, à la thoracentèse ou à la pleurotomie.

(Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

Du rein mobile, Indications thérapeutiques et opératoires.

par le Dr. BAZY.

A propos d'un rapport sur le traitement du rein

mobile par le massage préconisé par Mlle le Dr Rosenthal, M. Richelot a fait à la Société de chirurgie, une communication d'un très grand intérêt sur cette affection si fréquente et quelquefois si pénible.

Il considère que le rein mobile est surtout l'apanage des neuro-arthritiques, Je n'y contredirai pas, pour cette excellente raison, qu'il est, je crois facile de faire entrer beaucoup de malades dans cette catégorie et que, pour mon compte, il me serait difficile de dire exactement ce qu'il faut entendre par ce mot. Les neuro-arthritiques seraient atteintes d'une laxité particulière du tissu conjonctif qui prédisposerait les organes au relâchement et au prolapsus. D'un nombre considérable de reins mobiles que j'ai observés — et on peut dire qu'on en voit presque tous les jours — je tire un certain nombre de conclusions pour ce qui concerne ma pratique.

Un grand nombre, et non des moins mobiles ne donnent lieu à aucune espèce de symptômes. * C'est par hasard en examinant les malades, qu'on les rencontre.

D'autres observent chez des sujets atteints de troubles gastriques ou gastro-intestinaux. Ces troubles dominent la scène, et le rein mobile paraît n'être chez ces sujets qu'un accessoire, qu'un épiphénomène qu'on note, en quelque sorte, dans l'ensemble des symptômes présentés par le malade.

Ces troubles gastro-intestinaux ne sont pas spéciaux aux femmes. J'ai vu, chez un vieillard de soixante-douze ans, un rein mobile droit, dont la mobilité était liée à une colite de l'angle du colon et du colon ascendant.

Ce vieillard avait des crises survenant toutes les nuits et manifestement liées à la progression du bol fécal dans son intestin. Toutes les nuits, le rein droit, avec tous ses caractères descendait, devenait mobile et se plaçait presque à fleur de peau ; en même temps, le malade accusait des coliques. Le matin on le trouvait dans cette position ; après une garde robe, les douleurs cessaient, le rein rentrait dans sa loge et le soir on ne pouvait plus le retrouver.

Il m'a semblé que, dans ce cas, il s'était formé des adhérences entre le colon et la capsule du rein peut-être le rein lui-même. C'était un rein mobile intermittent.

M. Potain avait signalé cette relation entre la colite et le rein mobile, mais il l'expliquait d'une autre façon en disant que la colite s'affaiblissait, en bas, la capsule propre du rein et en permettait ainsi le déplacement.

Les relations du rein mobile avec les ptoses viscérales sont peut-être moins fréquentes qu'on ne l'a cru et que, dans tous les cas, ne soutient le Dr Glénard.

Ces relations existent toutefois, et j'ai communiqué à la Société de chirurgie un cas de rein mobile traité et guéri par la recto-coccy-pexie.

La rentrée et la contention dans la cavité péloviene d'un énorme prolapsus du rectum avait suffi à guérir la malade de son rein mobile qui n'avait pas reparu, même

après une fausse couche de cinq mois et demi à six mois qu'avait faite mon opérée.

L'influence de l'amaigrissement n'est pas moins nette, de même que celle de l'engraissement.

J'ai vu, chez une de mes opérées atteinte de néphroptose double et à qui j'avais fait la néphropexie du rein gauche, le rein droit revenir dans sa position normale, rentrer dans sa loge sous l'influence de l'engraissement qui avait suivi mon opération, et je l'ai vu descendre, peu il est vrai, mais néanmoins descendre quand sous l'influence des troubles gastriques, il est survenu de l'amaigrissement. En revanche, le rein fixe restait en place.

Le traumatisme a pu être invoqué dans certains cas. Des malades m'ont affirmé avoir eu leurs douleurs à la suite d'une chute sur les pieds ou sur le siège. Je n'ai pu le vérifier, mais j'ai vu un exemple très net de l'influence des secousses répétées sur la production de la néphroptose.

C'est chez une femme de vingt-deux ans, déjà mère de trois enfants et que j'avais été appelé à soigner pour une crise de cystite très douloureuse. J'avais été amené, lors de ma première visite et dans des visites subséquentes, à examiner l'état des reins, et je n'y avais rien trouvé. Or, à la suite d'excursions à cheval en pays de montagnes, elle était revenue en se plaignant de douleurs dans le flanc droit. En l'examinant, j'ai nettement constaté l'existence d'une néphroptose commençante, mais déjà fortement appréciable.

Cette néphroptose a guéri par le repos dans la position horizontale gardée pendant un mois.

J'ai observé la coïncidence d'un double rein mobile et de déformations thoraciques d'origine probablement rachitique.

La paroi thoracique des deux côtés était légèrement excavée sur la paroi antérieure, au voisinage de la paroi latérale.

J'ai fait cette remarque générale, que *l'espace costiliaque des sujets atteints de rein mobile était, en général, assez considérable, et m'a paru plus considérable que celui des sujets ordinaires.*

Y a-t-il là une prédisposition ? ou bien n'est-ce qu'une apparence ? Il m'a semblé que ce n'était pas seulement une apparence.

Que ces accidents ne puissent survenir que chez les neuro-arthritiques, je le veux bien ; mais ils me paraissent avoir une autre cause que l'état nerveux des malades : ils me paraissent avoir une origine mécanique, car le traitement mécanique les guérit : que ce traitement s'appelle le massage, qu'il s'appelle la ceinture, qu'il s'appelle la néphropexie.

Quelle est, maintenant, la cause des douleurs ? Mlle Rosenthal nous dit que la douleur est due à la congestion du rein.

Elle met de côté les cas de rein mobile avec dyshydrémie intermittente qui sont à part, et dans lesquels

la douleur est due à la rétention d'urine dans le bassin ; elle pense que personne n'a songé à faire jouer un rôle à cette congestion pour expliquer les douleurs. Cette congestion était néanmoins connue et acceptée ; M. Pocaïn dit que la congestion rénale est aussi facile et aussi intense que la congestion pulmonaire.

Mais il faudrait démontrer cette congestion dans les cas de rein mobile douloureux. Sans doute, les reins les plus douloureux ne sont pas les plus mobiles, et on peut voir des reins très mobiles n'être pas douloureux et être, en effet, découverts par hasard. Quand on observe une néphroptose double, on peut constater qu'un rein est douloureux et que l'autre ne l'est pas, alors qu'ils ont la même mobilité. Mais on peut voir aussi, dans ces cas, les deux reins également ptosés avoir un volume égal, et cependant l'un d'eux est seul douloureux spontanément et à la palpation, quelquefois douloureux spontanément sans l'être à la palpation. Bien plus, quand on fait la néphropexie dans ces conditions, l'aspect, la coloration et la consistance du rein prouvent qu'il n'est nullement congestionné.

Nous ne pouvons donc admettre, dans ce cas, la congestion.

Nous l'admettrions, au contraire, et nous irions même plus loin, nous admettrions l'inflammation, la néphrite et la périnéphrite dans les cas où le rein, encore caché en partie dans le flanc, sous les fausses côtes, est perceptible dans une étendue plus ou moins grande de la surface.

Mais, dans ce cas, ce n'est plus un rein mobile, c'est un rein ptosé, ou plutôt en apparence ptosé : on le perçoit parce qu'il a augmenté de volume ; il s'est allongé parce qu'il a grossi, et c'est pourquoi il est douloureux.

Que le massage agisse bien dans ce cas, nous n'y contredisons pas ; mais voyez avec quelle précaution il doit être pratiqué, car il est douloureux au début. Ne croirait-on pas avoir affaire à une entorse ou à une fracture péri-articulaire, dans lesquelles le massage, douloureux au début, quand il y a des phénomènes inflammatoires, devient ensuite indolent et est de plus en plus facilement et rapidement supporté.

En résumé, pour ce qui me concerne, j'attribuerais plus volontiers la douleur aux tiraillements exercés par le rein prolapsé et mobile, sur les nerfs en particulier sur ceux qui viennent du grand sympathique d'où l'explication des troubles quelquefois profonds et graves de la nutrition.

Le traitement de ces accidents n'est évidemment pas toujours le même. Je proscriis de toutes mes forces ces ceintures diverses passées au milieu du corps avec une pelote qui est censée maintenir le rein et qui n'a jamais servi qu'à maintenir des erreurs de diagnostic.

La seule ceinture rationnelle est la ceinture hypogastrique sous forme de sangle, dite sangle de Glénard, avec ou sans pelotes à air dans les régions inguinales.

Mais, souvent, ces ceintures sont insuffisantes, c'est alors que je propose et fais la néphropexie.

Le critérium de l'indication de la néphropexie est pour nous la douleur et surtout la douleur dans la station debout et dans la marche, non soulagée par la ceinture.

Les autres symptômes et, en particulier, les troubles gastriques ou gastro-intestinaux ne constituent pas pour moi une indication, et c'est peut-être dans ces cas, qu'ayant appliqué la néphropexie, on a eu des insuccès. Je n'attache de l'importance aux troubles gastriques et je n'en fais une indication de néphropexie que quand ces troubles ont résisté à tous les moyens thérapeutiques usités en pareille circonstance.

L'influence de la néphropexie, dans ces cas, est tout à fait démonstrative et j'ai signalé des malades, tout à fait cachectiques avant l'opération, revenus à la santé après l'opération, et c'est cette catégorie de malades que j'ai cru devoir ranger sous le nom de malades atteints de *cachexie néphroptosique*, pour bien indiquer l'état dans lequel ils se trouvaient.

C'est donc la douleur qui me guide pour l'intervention opératoire dans le cas de néphroptose double, et j'ai dans ce cas, fait trois fois la néphropexie à gauche parce que seul le rein gauche était douloureux, et je m'en suis bien trouvé.

Le procédé de *néphropexie en hamac* que j'emploie donne, au point de vue de la récurrence, toute garantie. Il réduit au minimum le traumatisme sur le rein, et il a, en outre, un avantage, c'est de relever et soutenir le colon, ce qui, dans quelques cas, paraît devoir être nécessaire.

J'ai revu une malade qui avait sauté de la hauteur d'un premier étage et dont le rein était resté fixé.

J'en ai vu d'autres dont le résultat opératoire et thérapeutique se maintient depuis douze et dix ans et qui n'ont pas eu besoin d'avoir recours à d'autres pratiques ou à d'autres interventions sanglantes ou non.

Assurément, les malades néphropexies ne sont pas à l'abri des troubles gastro-intestinaux ultérieurs : j'en ai vu, mais l'une de celles que j'ai vues et qui avait retiré un bénéfice extraordinaire de la néphropexie gauche et qui avait eu, deux ans et demi après l'opération, des troubles gastriques, ne souffrait pas du tout de la même manière qu'avant mon intervention. C'est pourquoi, sans vouloir nier, tant s'en faut, les bienfaits du massage, je dirai que j'en ai vu des résultats nuls, qu'il ne peut pas remplacer la néphropexie, quand elle est indiquée, et que les cas où la néphropexie n'a pas donné de bons résultats étaient des cas où elle n'était pas indiquée, ou bien avait été faite correctement.

(Gaz. méd. belge.)

Technique nouvelle de la rachicocainisation.

par M. GUINARD.

J'ai eu la bonne fortune de pouvoir étudier dans

mon service de la maison Dubois, la rachicocainisation avec l'assistance de MM. Ravaut et Aubourg. Il est clair que la centrifugation, la cyoscopie, l'isotonie du liquide céphalo-rachidien ne me sont pas plus familières qu'à la plupart des chirurgiens, et sans l'aide de ces précieux collaborateurs, je n'aurais assurément pas pu préciser tous les détails qui ont déjà été en partie publiés dans leur mémoire récent à la Société de biologie.

Ces recherches ont porté sur une vingtaine de malades, et les résultats ont été tellement superposables, que je les considère comme absolument constants.

Je rappelle que l'examen a été fait par M. Ravaut sur du liquide céphalo-rachidien retiré par de nouvelles ponctions, quatre à cinq heures, puis quatre à cinq jours enfin douze à quinze jours après la rachicocainisation.

Un premier fait saisissant est le suivant : le liquide obtenu par une ponction faite quatre ou cinq heures après l'injection première est trouble et laisse déposer un culot de pus ; il y a en outre, un coagulum fibrineux, comme dans un liquide pleurétique.

L'examen sur lames et l'ensemencement ont montré qu'il n'y avait pas trace d'infection, et que le liquide restait parfaitement aseptique, ce qui m'a satisfait pleinement au point de vue de ma technique. Il n'en est pas moins vrai qu'après l'injection de cocaïne dans le sac arachnoïde-pié-mérien, il se fait une véritable pluie diapédetique d'éléments polynucléaires et de lymphocytes venant évidemment des vaisseaux de la pie-mère. Au bout de quelques jours, une nouvelle ponction montre que le liquide s'est éclairci et que les polynucléaires sont bien moins nombreux, alors que les lymphocytes dominent. Enfin une ponction au quinzième jour a toujours montré un liquide clair, normal, ne contenant plus aucun élément figuré.

Il me semble facile d'interpréter ces faits, bien mis en lumière par MM. Ravaut et Aubourg dans mon service,

Toute injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien provoque un mouvement de défense plus ou moins intense du côté de la pie-mère qui protège les centres nerveux : et ce mouvement se traduit par cette pluie de polynucléaires et de lymphocytes dont je parlais plus haut, et même par une exsudation de fibrine quand la réaction est plus intense. Cela explique bien tous les phénomènes consécutifs qu'on a décrits sous le nom impropre de méningisme. C'est en somme de la méningite aseptique, ou, pour être tout à fait précis, de la *congestion de la pie-mère*. Et les examens ultérieurs de M. Ravaut montrant que cette congestion pie-mérienne ne laisse pas de traces après quinze jours ; cela explique bien comment le sujet, dont M. Walther a commenté ici l'observation, a été guéri de ses accidents méningés progressivement en douze jours, et a pu quitter l'hôpital au bout de quinze jours.

Le second fait à mettre en lumière dans les examens de MM. Ravaut et Aubourg, c'est que les accidents con-

sécutifs à la rachicocainisation, la céphalée, l'hyperthermie, les vomissements, etc., sont d'autant plus intenses que la réaction individuelle, c'est-à-dire que le processus défensif de diapédèse a été plus marqué. En d'autres termes, si le malade présente un minimum de céphalée, de vomissements, etc., on trouve très peu de polynucléaires dans le liquide, et inversement lorsque la céphalée et l'hyperthermie par exemple sont intenses, une nouvelle ponction ramène un liquide très trouble, fibrineux et en hypertension. Le liquide sort en jet en pareil cas, alors qu'à la première ponction, il coulait en bavant, goutte à goutte.

Pour modérer dans la mesure du possible l'intensité de ce processus défensif cause des accidents, je me suis arrêté à une technique dont M. Cadol parle dans sa thèse sans citer d'observation où il l'a vu appliquer.

Technique. — Je recueille dans un petit récipient stérilisé 2 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien (ce qui répond à 50 gouttes de liquide céphalo-rachidien). Avec un compte gouttes calibré à 1 millimètre, je laisse tomber dans ce liquide 4 gouttes d'une solution de cocaïne titrée à 1 centigramme pour 2 gouttes : j'aspire ce mélange dans la seringue, et je l'injecte dans le sac arachnoïdo-pié-mérien.

Il me semble que cette technique est logique, et satisfait l'esprit. On injecte ainsi un liquide organique qui réunit des conditions de température et d'isotonie, utiles sinon indispensables.

Est-ce à cette technique que je le dois ? Je n'ose l'affirmer ; mais, en vérité, je peux dire que je ne vois jamais ces accidents de céphalée, etc., qui ont suffi pour que quelques-uns de nos collègues abandonnent la rachicocainisation. Il est vrai que je n'en suis encore qu'à une cinquantaine d'observations.

A propos des ponctions que M. Chaput fait après ses opérations pour prévenir la céphalée, etc., je signalerai un fait intéressant : avant de me servir de la solution concentrée et de réinjecter le liquide céphalo rachidien utilisé comme véhicule, il y a eu dans mon service quelques cas de céphalée intense. J'ai dit plus haut que je ne les ai pas vus : cela tient à ce que mon interne M. Aubourg a toujours pu faire disparaître cette céphalée avant mon arrivée à l'hôpital le lendemain ; — et cela en faisant une nouvelle ponction : et, chose à retenir, il faut en pareil cas soustraire une quantité considérable de liquide : 16 et même 20 centimètres cubes ; à mesure que le liquide s'écoule, le malade se sent soulagé, et on ne retire l'aiguille que lorsque la céphalée a à peu près disparu.

Je réserve donc la ponction ultérieure au "traitement de la céphalée", et je la crois inutile comme préventif. Il me paraît bien inutile de faire à tous les malades une ponction destinée à prévenir des accidents qu'ils n'auront qu'exceptionnellement.

Il est temps de faire la ponction quand la céphalée se montre, et mon interne, M. Aubourg, agit ainsi et fait

disparaître la céphalée quand elle apparaît. Aussi ai-je pu dire que je n'ai jamais vu de céphalée intense chez mes malades, parce que la plupart n'en ont pas et parce ceux qui en ont eu dans les heures qui suivent l'opération ont été guéris par la ponction de mon interne et n'ont plus rien quand je les revois le lendemain.

Un mot aussi sur la technique de la ponction. Je crois que personne ne peut se vanter "d'entrer toujours du premier coup" dans le canal rachidien. Il m'est arrivé plusieurs fois de ne pouvoir entrer : en pareil cas, j'ai passé la main et un de mes internes, M. Gadaud ou M. Aubourg, entrait avec la plus grande facilité. Inversement, MM. Aubourg et Ravaut ont eu certain soir la plus grande difficulté à pénétrer dans un canal rachidien que j'avais trouvé le matin même "du premier coup". Il y a là un petit point délicat, et je me garderais de dire qu'il n'y a pas là une certaine difficulté qui pourra, dans une certaine mesure, nuire à la diffusion de la méthode.

Enfin, puisqu'on a parlé des injections épidurales, qui sont une tout autre affaire, je dirai que je n'en ai pas obtenu tous les services que j'avais cru pouvoir en retirer. J'avais pensé qu'après les grandes laparotomies, une injection de cocaïne par la voie sacrée supprimerait les douleurs que nous calmons pendant les deux ou trois premiers jours avec des injections de morphine. Il n'en a rien été. J'ai essayé aussi de soulager ainsi des malheureuses atteintes de cancer utérin inopérable très douloureux : je n'ai obtenu aucune sédation, même en diluant ma solution et en injectant 30 et 40 centimètres cubes d'eau contenant 2 centigrammes de cocaïne.

Je crois donc que ces injections épidurales ne sont utiles que médicalement, pour l'introduction dans l'économie de certains médicaments, ou pour calmer momentanément certaines douleurs irradiées dans les membres inférieurs.

En résumé :

I. Les études minutieuses, patientes et précises de MM. Ravaut et Aubourg, montrent que toute injection dans le sac arachnoïdo-pié-mérien provoque dans les vaisseaux méningés un mouvement de défense (une vasodilatation sans doute), qui s'accompagne d'une pluie diapédétique d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien avec hypertension. Plus ce processus défensif est intense (susceptibilité individuelle), plus la céphalée, l'hyperthermie, etc., sont prononcées.

II. Notre technique, consistant à employer comme véhicule de la cocaïne le liquide céphalo-rachidien lui-même, me paraît se rapprocher logiquement de l'idéal qui est d'introduire dans le sac au minimum d'éléments étrangers.

(Gaz. des hôp.)

THERAPEUTIQUE

Traitement de la choree.

(COMBY.)

Pour amener le sommeil et triompher rapidement de l'agitation, on donnera l'opium ou même le *chloral* 1 gr., 1 gr. 50, 1 gr. 75, à prendre dans la journée (Joffroy). Féré a prescrit le *chloralose* qui, à cause de sa toxicité, sera employé à doses faibles (15, 30, 40 centigrammes).

Le paraldéhyde, le sulfonal, le trional, remplissent les mêmes indications.

1° Paraldéhyde.....	1 gramme.
Sirop de limon.....	30 —
Eau de tilleul.....	70 —

A prendre en deux fois le soir.

2° Sulfonal ou trional.....	0 gr. 25
-----------------------------	----------

Pour un paquet, à prendre dans une tasse de thé chaud ; répéter la dose une ou deux fois à une heure d'intervalle.

3° Sulfonal ou paraldéhyde.....	0 gr. 50
Beurre de cacao.....	2 gr.

Pour une suppositoire.

Moncorvo, Lœwenthal, ont prescrit l'exalgine à la dose de 20 centigrammes trois fois par jour.

L'antipyrine, plus efficace, se prescrit à doses massives (50 centigr. par année d'âge), en trois, quatre ou cinq fois dans la journée :

Antipyrine.....	3 grammes.
Julep gommeux.....	60 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

On a encore employé le chlorhydrate de phénocole (1 à 3 gr.)

Le bromure de potassium doit être prescrit à doses fortes.

Bromure de potassium.....	4 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges.....	30 —
Eau de tilleul.....	50 —

Par cuillerée à soupe de trois en trois heures.

Les capsules de bromures de camphre à 20 centigrammes (une à huit par jour) ont donné des succès à Bourneville.

Rilliet et Barthez ont conseillé la tisane de chénopode ou thé du Mexique :

Chénopodium.....	4 grammes.
Infuser dans eau bouillante.	500 —
Ajouter sirop de fleur d'orange.....	50 —

West donnait l'oxyde de zinc à la dose de 15 à 50 centigrammes par jour.

A. Voisin associait l'oxyde de zinc (20 cent.) à l'extrait de valériane et au bromure.

Valérianate de zinc.....	} à 5 grammes.
Extrait de jusquiame.....	
Sous-nitrate de bismuth....	

Pour trente pilules ; trois à six par jour.

Frerichs a conseillé :

Extrait de chanvre indien..	} à 3 gr.
Lupulin.....	
Sucre en poudre.....	

Pour dix doses : une matin et soir.

M. Magnan a fait des injections sous-cutanées de *chlorhydrate d'hyoscine* (1/2 à 1 milligr. par centimètre cube). M. Ferrand a donné le *bromhydrate de cicutine* en granules de 1 milligramme (1 à 10 par jour).

Parmi les médicaments les plus efficaces, supérieurs à l'antipyrine même, il faut citer l'arsenic. Malheureusement, il doit être prescrit à doses fortes, toxiques, et il expose à la paralysie par polynévrite.

On a prescrit la liqueur de Pearson (solution d'arséniate de soude à 1 p. 100), la liqueur de Fowler (arséniate de potasse à 1 p. 100), et enfin la liqueur de Boudin (arsenic à 1 p. 100), que je préfère.

Quand le choréique est âgé de plus de sept ans, je prescris dans une potion gommeuse, 10 grammes de liqueur Boudin (10 milligr. d'acide arsénieux), à prendre par cuillerées toutes les deux heures. En même temps, repos au lit, régime lacté. Le dixième jour on donne 15 grammes de liqueur de Boudin, puis 20, 25, 30 parfois 35 et on redescend graduellement à 10. Le traitement dure ainsi de neuf à onze jours et l'enfant a absorbé 170 à 235 milligrammes d'acide arsénieux. Au cours du traitement on peut avoir des vomissements, des nausées, un état saburral très prononcé, de la fièvre.

Le Dr E. Weill (de Lyon) a préconisé un beurre arsenical qui serait mieux toléré : on prend 10 grammes de beurre, 18 centigrammes d'acide arsénieux et 3 grammes 60 de sel marin, qu'on mêle intimement ; 10 centigrammes 1/2 de ce mélange contiennent 5 milligrammes d'acide arsénieux. On donne progressivement 5, 10, 15, 20, 35, 30 milligrammes d'arsenic et on redescend à 5, ce qui oblige à peser 10 1/2, 21, 31 1/2, gr., etc, de beurre arsenical qu'on triture avec 10 grammes de beurre frais et qu'on fait absorber sur des tartines. La dose est administrée en une fois et répétée tous les deux jours. Widerhofer, Fruhwald, ont employé la liqueur de Fowler en injections sous cutanées ; on l'étend de son poids d'eau distillée, ce qui abaisse le titre à 1 p. 200 ; on injecte une division de la seringue de Pravaz et on augmente tous les jours d'une division jusqu'à 8 ou 10, puis on redescend. Pour rendre l'injection moins douloureuse on remplacera l'alcoolat de mélasse de la liqueur de Fowler par l'eau de laurier-cerise.

Le *cacodylate de soude*, qui ne m'a pas donné de grands succès, a été vanté par quelques auteurs en lave-

ments ou en injections sous-cutanées. On injecte tous les jours 1 centimètre cube d'une solution de 5 centigrammes de cacodylate par grammes. Après huit jours, on suspend quelques jours, puis on recommence.

Le traitement arsenical, qui amène très promptement la guérison de la chorée, doit être réservé aux formes graves.

(Méd. moderne — J. méd. de Paris)

PEDIATRIE

Ophtalmie purulente des nouveau-nés.

(Académie de médecine)

Le 15 février dernier, notre confrère, M. Pédebidou, saisissait le Sénat de la guérison de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés qui, comme on sait, est la principale cause de cécité ; il insistait sur la nécessité de tout mettre en œuvre pour prévenir et guérir cette terrible affection et demandait, en conséquence, que l'on obligeât légalement les sages-femmes à se servir, à cet effet, de permanganate de potasse reconnu comme le moyen antiseptique le plus puissant. La haute assemblée prêta une oreille attentive aux propositions de notre distingué confrère ; des commissions furent nommées ; le comité consultatif d'hygiène fut saisi ; il y eut un premier rapport de M. Brouardel, un second rapport de M. Netter. Enfin, l'Académie fut saisie à son tour de la question, nomma également une commission au nom de laquelle M. Pinard vient de nous faire, sur ce sujet, un troisième rapport.

Fieuzal avait démontré par des statistiques que 33 p. 100 des cécités étaient dues à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. M. Pinard rappelle les travaux les plus importants qui ont été faits sur ce sujet ; il rappelle également la relation qui existe entre l'ophtalmie purulente des nouveau-nés et la leucorrhée or la blennorrhagie maternelle. L'ophtalmie purulente des nouveau-nés de nature gonococcique est aujourd'hui amplement démontrée. Mais le gonocoque est-il seul coupable ? Evidemment non, il y a d'autres causes.

M. Pinard distingue aussi l'infection qui se fait avant la naissance, infection vaginal et même utérine, de l'infection qui se fait après la naissance, l'une étant appelée primitive, l'autre secondaire. Il y a une prophylaxie de cette infection ophtalmique des nouveau-nés. Quelle est-elle ? Elle consiste dans la désinfection génitale préalable de la mère, puis dans la désinfection oculaire de l'enfant.

Ici, M. Pinard passe en revue les divers moyens employés, solution de nitrate d'argent au cinquantième, solution phéniquée au centième, sublimé, jus de citron, permanganate de potasse, aniodol, voire même l'eau distillée.

De l'examen des faits, de l'expérimentation de ces divers moyens, il semble que, malgré toutes les précautions prises, on observe encore dans les maternités quelques cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés, comme on y observe encore des cas d'infection puerpérale. Il résulte également de ces faits que le permanganate de potasse n'est pas supérieur aux autres agents antiseptiques et qu'il n'y a pas lieu de le doter d'un caractère officiel en obligeant légalement les sages-femmes à l'employer. Telle est la conclusion principale du rapport de M. Pinard dont voici, d'ailleurs, les conclusions :

“ L'Académie de médecine, dans le but de faire diminuer le nombre des aveugles, pense qu'il est utile d'adresser aux sages femmes une circulaire recommandant un traitement prophylactique déterminé et demande aux pouvoirs publics :

1° De faire distribuer, dans toutes les mairies, en même temps que le livret des naissances, une notice indiquant les causes, les symptômes et les dangers de l'ophtalmie des nouveau-nés ;

2° De prendre des mesures pour que la déclaration des ophtalmies purulentes comme maladie transmissible soit régulièrement faite par les médecins et les sages-femmes ;

3° Qu'à toutes les maisons d'accouchement, cliniques et maternités, soit attaché un ophtalmologiste chargé de traiter les ophtalmies purulentes et d'enseigner ce traitement aux étudiants et aux sages-femmes.”

Ces conclusions, après quelques légères modifications sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

Au cours de la petite discussion qui a accompagné le vote de ces conclusions, M. Fournier a insisté sur la nécessité d'exiger l'examen bactériologique des sécrétions de la femme en couches. Il y attache une grande importance ; le traitement devant, selon lui, présenter de grandes différences, suivant qu'on a trouvé ou non dans ces sécrétions des gonocoques.

Tandis que M. Pinard demande pour chaque maternité un ophtalmologiste, M. Fournier demande un bactériologiste.

Gaz. des hôp.)

FORMULAIRE

Mixtures contre les douleurs d'oreilles.

On introduit dans l'oreille un tampon d'ouate imbibé de la mixture suivante :

Chloral camphré..... 5 grammes.

Glycérine..... 30 —

Huile d'amande douce..... 10 —

On frictionne aussi avec cette mixture le pourtour de l'oreille. La douleur est soulagée comme par enchantement ; et s'il y a inflammation, elle est souvent enrayée.

(J. de méd. de Paris.)

Travaux Originaux

RETRECISSEMENTS BLENNORRHAGIQUES

-Notes recueillies au cours de la Faculté de Paris

par M. le Dr H. Lasnier.

C'est une affection très fréquente mais souvent elle reste inconnue du patient lui-même, parce que les symptômes sont peu accusés, et causent peu de troubles, au début du moins.

Qui dit rétrécissement, dit rétrécissement permanent, car les indurations qui donnent naissance aux rétrécissements blennorrhagiques sont permanentes et non pas transitoires comme par exemple l'état de congestion de la muqueuse menstruelle.

Dans l'histoire des rétrécissements blennorrhagiques, deux grands points sont à retenir :

Pour qu'une urètre fonctionne bien, il faut qu'elle soit : 1° élastique ; 2° contractile.

Si elle est altérée, rétrécie quelque part, en toute sûreté, il y aura des altérations secondaires du côté de divers organes du système génito-urinaire.

Or dans le rétrécissement, l'urètre n'est plus élastique et nous avons ces altérations secondaires.

Anatomie pathologique. — Quelques fois il n'y a pas un, mais plusieurs rétrécissements, car la muqueuse peut être malade sur bien des points, ou même dans toute son étendue. Donc nous avons des lésions diffuses, l'implantation chronique se faisant en plusieurs endroits, et le rétrécissement est multiple.

Les rétrécissements alors sont plus fermes et plus serrés en gagnant vers la profondeur, c'est-à-dire que si on a soin, en faisant l'examen de l'urètre, d'employer de grosses boules, on verra après un certain trajet, la boule arrêtée à un deuxième rétrécissement, mais une un peu plus petite passer le troisième pour être arrêtée un peu plus loin, au quatrième et ainsi de suite.

Toutes les fois qu'on a cette sensation c'est qu'on a des rétrécissements multiples.

On peut avoir des plaques cicatricielles qui n'attaquent qu'un point de la muqueuse et ne fassent pas cercle comme dans les rétrécissements.

Rapports du rétrécissement avec les tissus environnants. — Le rétrécissement a la forme d'un anneau, d'une bague faisant le tour de l'urètre, mais il n'a pas partout la même épaisseur.

Il est en effet plus ou moins épais, mais offre à un certain point, une partie plus épaisse qu'ailleurs, comme le chaton d'une bague.

Ce qui est important, c'est que le rétrécissement forme un anneau fibreux, circonscrivant le canal et envahissant toute l'épaisseur de la muqueuse, quelques fois une partie du corps spongieux.

Vu sur une coupe longitudinale de l'urètre il a une longueur de 1/2 à 5 centimètres, et a l'apparence de deux cônes opposés par leur sommet de chaque côté du canal.



Au niveau du rétrécissement, les tissus sont durs, ligneux, la muqueuse est épidermisée, du moins dans sa couche superficielle, et représente bien plutôt à sa partie profonde une couche fibreuse. Enfin à ce niveau la blennorrhagie a déterminé des lésions de sclérose. Au-dessus, au-delà du rétrécissement (lorsqu'on pénètre avec une bougie) il y a aussi production de lésions anatomiques.

Mais ces lésions, quoique différentes de celles qu'on observe au niveau du rétrécissement, sont bien plus importantes et bien plus à craindre que les autres.

Le rétrécissement par lui-même n'offre que peu de gravité, mais il donne naissance à des lésions en avant, c'est-à-dire entre le rétrécissement et le col de la vessie, et c'est par là qu'il devient si grave.

Ainsi à mesure que la sclérose progresse il y a dilatation au-dessus du rétrécissement.

L'urine en effet passe difficilement au niveau du rétrécissement et une poche a tendance à se faire en ce point.

Mais ce n'est pas tout, il y a inflammation chronique blennorrhagie chronique, causée comme on l'a vue déjà par les microbes secondaires de l'infection blennorrhagique. Cette inflammation se continuant à son aise, fait tous les dégâts possibles dans les tissus du canal, qui va s'affaiblissant, dégénéralant, et un bon moment cédant sous la pression de l'urine, cette urine sceptique pénètre dans les tissus y cause un abcès, puis une fistule urinaire, et ceci souvent pour le grand bien du malade, car dès lors, l'urine peut s'écouler quelque part et celui-ci est à l'abri d'une rétention d'urine.

En tout cas cette inflammation chronique détermine dans les tissus une abondante prolifération d'éléments ambrionaires.

Ce ne sont donc plus des lésions sclérosantes comme au niveau du rétrécissement.

Cette inflammation sceptique évolue dans l'ombre sans causer aucun retentissement, mais l'infection est persistante, gagne en profondeur, petit à petit, et un beau jour, quelques fois trente ans après, notre homme sera surtout surpris après un refroidissement, un excès quelconque d'être pris d'une cystite, d'une prostatite, etc... qui mettront sa vie en danger.

En thèse général, tout rétrécissement est blennorrhagique. Cependant il faut savoir que toute chaude pisse ne donne pas toujours le rétrécissement.

Les rétrécissements peuvent aussi être causés par un traumatisme, et dans certains cas, rares cependant, il tient à la fois du traumatisme et de la chaude-pisse.

Symptômes — Les débuts sont progressifs, quand le malade remarque quelque chose, il y a longtemps que l'urètre a commencé à se rétrécir. Ce n'est que lorsque le resserrement du canal est très prononcé, que le malade remarque, que ça lui prend plus de temps que les autres pour uriner. Par exception le rétrécissement peut être aigu ; le malade est subitement pris d'une rétention d'urine. C'est en moyenne de six à dix ans après la blennorrhagie que paraît le rétrécissement.

Symptômes fonctionnels. — Ce qu'il faut savoir c'est que le calibre du canal est diminué — la force de propulsion de la vessie restant la même — Ce n'est que chez les prostatiques que cette force propulsive est diminuée.

On a voulu attacher une signification à la forme du jet, mais ça n'a pas d'importance.

Cette résistance au jet de l'urine qu'oppose le rétrécissement fait que le malade est obligé de forcer tout le temps.

L'écoulement est variable et inconstant, le malade est obligé de se reprendre en plusieurs fois pour vider sa vessie.

Avec le temps, la sténose devient très serrée et amène une rétention subitement, ou à la longue après des années.

Symptômes physiques. — Au toucher on sent à la palpation du canal, à sa partie inférieure une induration, un noyau dur. C'est la première exploration qu'on doit faire d'abord, et quelquefois il y a tout intérêt à n'employer que ce mode d'exploration, surtout lorsqu'il y a écoulement. Il ne faut pas alors introduire d'instruments dans le canal, car on peut provoquer une orchite ou une épépidymite.

Comme autre moyen, on se sert de la sonde à boule. Vous commencez par les plus grosses, vous rappelant ce que nous avons dit plus haut, que dans les rétrécissements multiples les plus prononcés sont les plus profonds.

Il faut se garder de prendre pour un rétrécissement le sphincter membraneux. Pour distinguer d'avec un rétrécissement siégeant à cet endroit, il ne faut pas se reposer uniquement sur la mensuration.

Voici deux autres moyens de faire ce diagnostic : 1° En appuyant tant soit peu sur la sonde, on sent la résistance céder, puis au retour ; 2° lorsqu'on retire la sonde à boule, elle n'est pas retenue comme dans le rétrécissement. Avec ces deux signes, on a affaire au sphincter membraneux.

Enfin si on s'est servi d'une grosse boule et si on s'est rendu sans ressaut jusqu'au sphincter, il y a toute présomption qu'il n'y a rien, car le rétrécissement unique est très rare.

Mais surtout quand vous êtes en face d'un rétrécissement, n'oubliez jamais, avant de faire quoique se soit, d'examiner l'état du système génital, c'est-à-dire : reins, vessie, prostate, testicule, portion membraneuse, etc., et si vous constatez des lésions, si l'infection a gagné en profondeur, abstenez-vous... ou au moins soyez sobre dans votre intervention.

On a vu le passage d'une simple sonde réveiller les signes d'une infection, d'une fièvre urinaire en 24 heures.

Traitement. — Traverser l'endroit rétréci, dilater et maintenir dilaté.

L'emploi de la chaleur comme moyen de diagnostic de la présence du pus.

par M. LEWIN.

La douleur exaspérée par la chaleur est un indice de suppuration ; et cela est vrai surtout dans l'appendicite, soulagée par les compresses chaudes (lesquelles en constituent le meilleur traitement) s'il n'y a pas de pus.

(Bull. méd. — Lyon méd.)

Revue des journaux

MEDECINE

Sur un mode special d'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire et par reaction chimique.

par le docteur BAROUX (d'Armentières).

(Suite)

Devant cette ascension de la température et la gravité du cas, j'annonçai pour le lendemain du sang mélangé aux glaires ; ce qui se produisit fatalement. Douze heures après, la fièvre était tombée à 38°5 ; elle disparut tout à fait vingt-quatre heures plus tard et, au bout de quatre jours de traitement, ce jeune homme put reprendre ses occupations.

Trompé par les apparences et non prévenu, comme je l'étais, il m'aurait été facile de prendre ce cas pour une intoxication alimentaire, occasionnée par exemple par un morceau de faisan, avancé, et peut-être aurais-je renouvelé, le lendemain matin, sous une autre forme, l'accident de la veille.

Il aurait suffi pour cela de prescrire une limonade au citrate de magnésie, suivie d'un bon bouillon aux herbes, c'est-à-dire à l'oseille. Dans ce cas-là, je suis certain que c'était pour mon client l'éclosion d'un ulcère infectieux du duodénum.

Le bouillon aux herbes est un assaisonnement très souvent employé dans le Nord, après les purges, quelles qu'elles soient.

Deux fois, après l'absorption d'une limonade purgative, où on l'avait employé sans me le demander, j'ai assisté à l'évolution des accidents que je viens de signaler.

La limonade, dite Rogé, contient toujours un fort excès d'acide citrique, destiné à dégager l'acide carbonique du bicarbonate de soude qu'on y ajoute pour la faire mousser. La production de l'acide oxalique se fait ici d'autant mieux que les composants chimiques sont de part et d'autre mélangés à une certaine quantité de liquide, ce qui facilite beaucoup la réaction.

L'entourage des malades était du reste enchanté : ils avaient beaucoup souffert, il est vrai, mais on leur avait trouvé tant de glaires dans les selles qu'on les croyait avoir été soumis à un nettoyage complet de l'intestin.

Les neuf cas que je viens d'énumérer ont certainement une allure spéciale qui en rend le diagnostic facile.

Il est impossible de les confondre avec les empoisonnements alimentaires par les viandes avariées : dans le

botulisme, l'incubation, séparant le repas des premiers accidents, n'est jamais inférieure à huit heures. Ici, les coliques se produisirent quatre heures environ après la double ingestion de l'acide citrique et des légumes contenant des oxalates. C'est-à-dire que les phénomènes douloureux coïncident avec le moment, où normalement l'estomac déverse ses ingesta dans le duodénum.

Dans le botulisme, d'autre part, les douleurs siègent surtout dans le jéjunum et l'iléon, autour du nombril. Ici, et c'est un signe de première importance, il y a un point douloureux fixe, aussi précis que celui de Mac Burney dans l'appendicite. On l'exaspère par une pression profonde et légèrement ascendante, exercée sur la grandeur d'une pièce de cinq francs, en dedans de l'endroit où une ligne verticale, partant de l'épine iliaque droite, antérieure et supérieure, rencontre la cage thoracique, c'est-à-dire à la limite de l'hypocondre droit.

On irrite ainsi, au-dessous du foie, par une compression oblique, l'endroit malade que le patient désigne lui-même, en montrant la partie médiane de cet organe.

Le canal cholédoque s'ouvre sur la paroi interne et postérieure du second tiers du duodénum. La portion atteinte est certainement comprise entre le pylore et l'ampoule de Vater.

L'acide oxalique, mis en liberté dans l'estomac, ne peut du reste pas aller bien loin dans l'intestin, avant d'être neutralisé par l'alcalinité du suc intestinal, d'autant plus qu'il lui faut des bases en petite quantité pour le transformer en bioxalate ou en quadroxalate.

L'intestin présente là un isthme dangereux de 12 centimètres qui normalement n'est pas lubrifié par la bile, ce bienfaisant savon de l'intestin.

Les microorganismes, du reste, y pullulent. Gessner a pu dans le duodénum isoler les microbes suivants : le bacterium tholocideum qui se distingue surtout du bacterium lactis aerogenes par son pouvoir pathogène, le bacterium coli commune, deux bacilles dont l'un liquéfie la gélatine, deux staphylocoques et le streptocoque pyogenes duodenalis, probablement identique au streptocoque pyogenes ordinaire. Dupré est arrivé à peu près à des résultats identiques.

Netter a décrit en plus dans cette même région un bacille court et le staphylocoque doré.

Cette foison de microorganismes dans cet endroit explique pourquoi, dans nos cas les plus graves, nous avons trouvé une température allant jusqu'à 40 degrés.

Dans le botulisme, au contraire, la fièvre ne dépasse pas 39 degrés ; j'ai étudié spécialement cette question en 1889 dans une épidémie d'empoisonnements alimentaires.

Les selles ne sont pas les mêmes non plus dans les deux cas. Ici, on a des matières fécales mêlées à des glaires, quelquefois sanguinolentes. Dans les intoxica-

tions par les viandes avancées, les selles sont liquides, purement stercorales, avec une odeur absolument repoussante. Enfin dans ce qui nous occupe, on ne rencontre pas de phénomènes généraux, produits par des ptomaines, telles que la mydriase et la parésie des membres, et la langue se présente bien vermeille, au lieu d'être recouverte d'un enduit blanchâtre.

La confusion n'est pas non plus permise avec la colique hépatique, où le point épigastrique est beaucoup plus proche de la ligne médiane que notre point duodénal, où aussi le point scapulaire et l'ictère consécutif sont deux symptômes absolument particuliers.

L'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire se distingue bien nettement de l'empoisonnement par les sels d'oseille.

L'intoxication par les oxalates chimiquement purs ressemble à l'empoisonnement par le nitre. C'est un poison hyposthénisant.

12 à 15 grammes peuvent donner la mort. Les effets pathologiques sont presque immédiats, et ils ont une marche foudroyante.

Les symptômes locaux se bornent à une violente douleur, siégeant à l'estomac et s'accompagnant rarement de vomissements ; il n'y a jamais de diarrhée. Ce sont les phénomènes généraux qui dominent ; le pouls devient vite misérable, la peau se refroidit, et il se produit des convulsions et quelquefois du délire. Il se fait des extravasations sanguines un peu partout. La mort peut survenir en quelques heures.

Les cas que nous venons de décrire ne cadrent pas non plus avec les empoisonnements par l'acide oxalique absorbé à l'état naturel. Cet acide n'agit pas à la façon des acides minéraux, dont il ne possède pas les propriétés corrosives. Il est surtout irritant. Il est relativement beaucoup plus toxique que le sel d'oseille. Il a tué un enfant de seize ans à la dose de 2 grammes. Son absorption s'accompagne d'une irritation de la bouche, de la gorge et d'une vive douleur localisée à l'épigastre. L'abdomen tout entier est douloureux et tendu. Le point duodénal, mentionné plus haut, n'existe pas. Presque toujours, il se produit de suite des vomissements, composés de mucosités, mélangées de sang altéré. A l'autopsie, du reste, on trouve que le contenu de l'estomac présente une consistance gélatineuse. Puis il se déclare rapidement des phénomènes réflexes, avec petitesse du pouls et embarras de la respiration.

Chez l'adulte, en une heure de temps, la mort peut survenir.

Quand il y a tendance à la guérison, il se déclare une diarrhée abondante, dont les évacuations ressemblent beaucoup aux selles glaireuses et fusantes des cas d'origine alimentaire.

En somme, dans notre empoisonnement spécial par l'acide oxalique, ce dernier se produit lentement dans l'estomac et en petite quantité. Il est mélangé à un bol alimentaire, assez abondant, celui de tout un repas qui,

grâce à cette dilution, l'empêche d'attaquer la muqueuse de cet organe. Il passe ensuite par petits jets dans le duodénum qu'il irrite de la façon connue, mais il neutralise vivement au contact de l'alcalinité du milieu. S'il est absorbé ensuite par l'organisme, ce n'est qu'à l'état de sel et en proportion insuffisante pour produire les accidents généraux de l'intoxication par les oxalates.

A propos du diagnostic différentiel de nos cas d'empoisonnement, une remarque s'impose ; il n'y a guère que trois acides comestibles, l'acide acétique, l'acide malique et l'acide citrique. Or, le premier est sans action sur les oxalates en général, et l'oxalate de chaux y est même tout à fait insoluble ; ce qui passe en chimie pour être un excellent procédé dans la recherche de l'acide oxalique.

Voilà pourquoi les pêcheurs du Boulonnais, qui emploient fréquemment, comme aliment rafraîchissant, les salicornes conservés dans du vinaigre, n'en sont jamais incommodés du côté du tube digestif. Quant à l'acide malique, qu'on rencontre dans les pommes, les fraises, les cerises, les framboises et la rhubarbe, il s'y trouve en très petite quantité, et sa réaction sur les oxalates ne peut produire de l'acide oxalique qu'à une dose insignifiante et nullement nuisible. Au contraire, les fruits qui contiennent de l'acide citrique en sont très riches et un citron moyen, par exemple, d'après Pelouze et Frémy et le dictionnaire de Wurtz, en renfermerait jusqu'à 2gr50, quantité plus que suffisante pour produire un poids nuisible d'acide oxalique.

Voilà qui achève de spécialiser complètement le mode d'empoisonnement par l'acide oxalique d'origine alimentaire et par réaction chimique.

Nous ne pensons pas que cette intoxication puisse se produire fatalement chez tous les individus, absorbant consécutivement de l'acide citrique et des légumes contenant des oxalates. D'abord, et nos cas le prouvent, cet empoisonnement sera beaucoup plus fréquent chez les enfants, dont l'intestin est normalement plus sensible que celui de l'adulte. Ensuite, il y a des causes adjuvantes qui en facilitent l'éclosion. L'hyperchlorhydrie, spécialement, en ajoutant son exagération d'acidité à l'action de l'acide citrique, facilite beaucoup la production de l'acide oxalique.

Nous connaissons même une femme adulte, atteinte de cette hyperaécration, qui, par son observation personnelle, est arrivée à proscrire de son régime alimentaire l'oseille et les épinards.

Chez elle ces légumes, sans acide citrique, produisent fatalement, au bout de trois quarts d'heure, toute la série des phénomènes énumérés plus haut. Il est probable que l'estomac, irrité préalablement par un suc gastrique trop acide, réagit ici avec véhémence et se vide en conséquence plus hâtivement dans l'intestin. Il en est de même dans les cas de stase gastrique avec production d'acides de fermentation organique, comme les acides

lactiques, butyrique, valériannique et propionique.

Il n'est pas prouvé que ces acides soient capables d'engendrer de l'acide oxalique, en présence d'un milieu riche en oxalates. Dans notre réaction gastrique, ils facilitent cependant l'action de l'acide citrique, en s'attaquant aux cellules végétales, contenant les oxalates à l'état de cristaux microscopiques et, d'un autre côté, au niveau du duodénum, leur effet légèrement irritant vient s'ajouter à la causticité propre de l'acide oxalique.

Cette intoxication n'est certainement pas bien sérieuse, comme résultat, puisque, dans les cas les plus graves, avec fièvre élevée, un régime lacté de trois à quatre jours et quelques potions, contenant du laudanum, du salicylate de bismuth et du ratanhia, suffisent à tout remettre en ordre.

Il n'en est pas moins utile d'être prévenu de son existence pour la traiter rationnellement et éviter sa transformation en ulcère du duodénum.

On peut en conséquence ajouter à l'hygiène alimentaire cette nouvelle formule. Chez les enfants en général et chez les adultes quand les fonctions digestives ne se font pas d'une façon absolument normale, il faut s'abstenir de consommer en un même repas du citron, de l'orange, des groseilles ou des cerises sures avec de l'oseille, des épinards, des tomates, des salicornes ou bien encore avec des lichens. Ces derniers ne sont employés dans l'alimentation qu'en Bretagne, chez les pauvres gens, souvent sous forme de gelée. On évitera ainsi ces accidents désagréables qui sont surtout des méfaits de la cuisine bourgeoise. Phénomène curieux en effet, ou plutôt bien naturel, puisque l'expérience de tous les jours est, en beaucoup de choses, une science presque intuitive, les professionnels de l'art culinaire se méfient absolument de ces fâcheux mélanges alimentaires. Dernièrement, un maître d'hôtel, très expérimenté dans sa partie, à qui je demandais de m'indiquer la soupe la plus convenable à prendre avec des huîtres arrosées de citron me répondit sans hésitation : "Le consommé et surtout pas de soupe à l'oseille ou aux tomates, car le citron ne va pas avec les crudités."

En thérapeutique, on défendra aussi de prendre du bouillon aux herbes, après une limonade purgative.

(Gaz. des hôp.)

Appendicite et fièvre typhoïde. Etude clinique et diagnostique différentiel.

D'après M. le Dr BAYET (Th. de Paris.)

Si une fièvre typhoïde à évolution régulière, de moyenne intensité, sans complications, ne peut qu'être difficilement confondue avec une appendicite, il existe de nombreuses formes anormales de dothiéntérie, pour lesquelles toutes les hésitations sont possibles.

Ce sont d'abord les formes légères de la typhoïde. Dans certaines d'entre elles, la fièvre est modérée, l'é-

ruption de taches rosées des plus discrètes, le catarrhe bronchique peut être nul, la céphalée du début peu intense. Il existe simplement un peu de douleur dans la fosse iliaque droite, une légère hypertrophie splénique, une faible élévation thermique. Parfois même, il n'existe ni fièvre ni diarrhée, et le séro-diagnostic permet seul d'affirmer la nature de la maladie. Tous ces cas peuvent simuler un début d'appendicite, d'autant qu'il existe incontestablement quelques appendicites se manifestant au début par des signes d'entéro colite avec diarrhée persistante. Inversement, certaines formes graves de la typhoïde peuvent prêter à la confusion. Ce sont celles où le retentissement des lésions intestinales sur le péritoine est précoce et intense, où les signes abdominaux dominent.

En somme, un certain nombre de signes cliniques sont communs aux deux maladies : ce sont surtout la douleur à la fosse iliaque droite, avec ou sans gargouillement, le météorisme, la température élevée dès les premiers jours, l'entéro colite et la diarrhée.

Les éléments qui permettent, dans ces cas difficiles, d'arriver au diagnostic peuvent se grouper sous quatre chefs : l'analyse des signes cliniques, l'examen des urines, l'examen du sang, le séro diagnostique.

1° Les signes cliniques qui peuvent conduire au diagnostic différentiel sont essentiellement variables suivant les cas, et aucun d'eux n'est en lui-même pathognomonique. Aussi devra-t-on tenir compte bien plus de l'ensemble de ces signes que de chacun d'eux en particulier.

La douleur dans la fosse iliaque droite est un des symptômes les plus difficiles à interpréter. En cas d'appendicite, elle a un début brusque : la douleur de la typhoïde, au contraire, est plutôt insidieuse dans son évolution, lancinante et non pongitive, comme dans l'appendicite. La douleur spontanée est moins fréquente et moins vive dans la typhoïde ; la palpation de l'abdomen dénote, au contraire, dans l'appendicite, une douleur subite et exquise. Enfin, la localisation de cette douleur est différente dans l'un et l'autre cas. Diffuse dans toute la fosse iliaque en cas de typhoïde, elle est exclusivement limitée, ou particulièrement intense au point de Mac Burney dans l'appendicite.

Mais il faut savoir que la douleur iliaque droite peut manquer totalement dans certaines typhoïdes, comme dans certaines appendicites. Dans cette dernière affection, la douleur peut avoir ce siège normal, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du point de Mac Burney, ou même dans la fosse iliaque gauche. La douleur iliaque droite peut enfin tenir non à une appendicite, mais à toute autre cause telle qu'une névralgie lombo-iliaque, une salpingite, etc.

Le gargouillement iliaque ne possède aucune valeur diagnostique. La défense musculaire a été, au contraire, considérée longtemps comme un signe de premier ordre, et tout à fait en faveur d'une appendicite suppurée.

Malheureusement, il n'est plus possible de conserver à ce signe toute son importance. Il peut s'observer dans la fièvre typhoïde, il peut manquer dans certaines appendicites. L'*hyperesthésie cutanée* n'a pas une valeur plus grande.

Quelle est la valeur séméiologique de la *courbe thermique*? Elle est peu considérable, parce que dans certaines appendicites subaiguës, cette courbe se rapproche de la typhoïde, et aussi parce que, au début de la maladie, la courbe thermique n'est pas encore assez longue pour présenter des caractères importants.

Les signes d'*entéro-colite*, lorsqu'ils se manifestent dès le début, ne sont pas un meilleur guide. L'appendicite peut commencer par une diarrhée aussi persistante et aussi abondante que dans la typhoïde. Inversement il n'est pas rare d'observer des cas de fièvre typhoïde dans lesquels la diarrhée fait défaut et est remplacée par la constipation pendant la plus grande partie, sinon la durée entière, de la maladie. Quant aux *vomissements*, on les observe aussi bien au début de la typhoïde que de l'appendicite, et rien dans leur allure ne permet la distinction.

En somme, dans certains cas, le diagnostic peut être très difficile entre l'appendicite et la fièvre typhoïde. Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi. Dans la dothiéntérie, la céphalalgie est vive, intolérable dès le début; elle est absente ou peu accentuée dans l'appendicite. L'épistaxis et l'insomnie du début plaident en faveur de la typhoïde. L'apparition des taches rosées a la valeur d'un signe de certitude: elle est malheureusement assez tardive. L'hypertrophie splénique est plus accentuée dans la typhoïde: elle peut exister dans certaines formes hypertoxiques d'appendicite. Les symptômes généraux sont peut-être plus accusés dès le début dans l'appendicite, et, sans poser cette remarque comme une règle absolue, on peut dire que dans la majorité des cas, les symptômes abdominaux prédominent dans la typhoïde, et qu'au contraire la gravité de l'état général l'emporte souvent, dès le début, sur les signes tirés de l'examen local, lorsqu'il s'agit d'une appendicite. De plus, l'évolution des accidents est ordinairement régulière, cyclique dans la typhoïde, capricieuse, irrégulière dans l'appendicite. L'ensemble de ces signes différentiels permettra, le plus souvent, de dire si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces maladies.

2° L'examen des urines doit être pratiqué systématiquement dans tous les cas.

3° L'examen du sang pourra, dans beaucoup de cas, donner des éléments d'appréciation de grande valeur. Le caillot, dans l'appendicite, est très fibrineux: il l'est peu, au contraire, dans la fièvre typhoïde. Ce signe se trouve en défaut lorsque l'appendicite se comporte, dès le début, comme une septicémie ou lorsque la typhoïde se complique d'accidents inflammatoires (pneumo ou

pleuro-typhoïde). L'examen du sérum ne donne que peu de résultats. L'énumération des éléments figurés du sang est au contraire très utile. Dans les maladies inflammatoires, dans l'appendicite suppurée surtout, le nombre de leucocytes augmente dans de grandes proportions. Au contraire, dans la fièvre typhoïde, le nombre des leucocytes est normal. Il existe même parfois de l'hypoleucocytose (Muchleck). Ce signe, rapproché de l'absence d'exsudat fibrineux, prend une grande valeur diagnostique, sur laquelle a justement insisté M. Hayem.

4° Le *séro-diagnostic* est assurément, de tous les moyens d'investigation, en dehors de la clinique, celui qui donne les résultats les plus certains. Dans tous les cas douteux, il s'impose. Cependant, l'extrême valeur diagnostique de cette méthode se trouve en défaut dans quelques cas: a. le sérum de certains sujets n'agglutine pas la culture des bacilles d'Eberth, alors même que ces sujets sont manifestement atteints de fièvre typhoïde; b. la séro-réaction ne se montre pas avant le septième ou huitième jour de la maladie; c. elle peut même être beaucoup plus tardive; d. elle est souvent peu marquée dans les typhoïdes très graves. Ces réserves faites — et elles sont d'importance, puisqu'il faut poser un diagnostic précoce — il sera toujours utile de procéder au séro-diagnostic.

Quelle est la conduite à tenir en présence de cas analogues?

Le médecin devra d'abord étudier avec soin l'évolution clinique et s'entourer de tous les éléments d'appréciation fournis accessoirement par le sang, l'état des urines, le séro-diagnostic. Si le diagnostic incline franchement en faveur de la typhoïde, l'intervention opératoire sera naturellement différée, à moins que de nouveaux symptômes ne viennent modifier le diagnostic primitif. Si, au contraire, il s'agit d'une appendicite, on ne devra jamais hésiter à proposer l'intervention pour éviter la possibilité toujours menaçante d'accidents irrémédiables.

Qu'advient-il si, l'erreur de diagnostic étant impossible à éviter, on laparotomise le malade? Evidemment le shock opératoire, l'imprégnation chloroformique, la douleur, etc., ne peuvent guère influencer favorablement la marche de l'infection éberthienne. Mais la mort n'est pas fatale, et plusieurs observations permettent de ne pas envisager le pronostic sous un jour trop sombre. Quant aux faits où, dans le cours d'une typhoïde avérée, se manifestent des symptômes appendiculaires, ils peuvent donner lieu à de nombreuses discussions. Pour M. Bayet, il faut opérer, sauf dans les cas de symptômes appendiculaires trop légers pour appartenir à une appendicite véritable.

(Gaz. méd. belge.)

La pneumonie a forme appendiculaire

par M. MIRANDE.

Il s'agit de pneumonie lobaire évoluant dès le début pendant trois à quatre jours avec les symptômes de l'appendicite. La confusion est possible, surtout chez l'enfant, jusqu'à l'opération inclusivement. Donc, ne pas se borner à constater le point de Mac Burney, mais rechercher encore les vénosités abdominales, l'œdème de la peau, la sensibilité au toucher du cul-de-sac de Douglas (femme), rectovésical (homme), la différence entre la température axillaire et rectale (0°02, à 0°05, pneumonie ; 1° à 1°4, appendicite. Règle pratique dans les cas douteux : temporiser jusqu'au quatrième jour.

(Sem. méd. — Lyon méd.)

CHIRURGIE**Hernie inguinale étranglée avec perforation de l'intestin au niveau du collet**

KÉLOTOMIE ; SUTURE INTESTINALE ; GUÉRISON.

par M. COCHEMÉ.

Le dimanche 1er juillet 1900, le nommé B... (Jules), âgé de cinquante-quatre ans, marchand forain, est amené à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ricard, pour une hernie étranglée.

Le malade présentait, au niveau de la région inguinale droite, une tumeur du volume d'un gros œuf, qui avait tout les caractères physiques de la hernie étranglée. Il y avait arrêt des matières et des gaz ; mais comme l'étranglement, au dire du malade, remontait à huit heures du matin, il n'y avait pas encore eu de vomissements.

Assisté de mon collègue et ami Pédeprade, je pratiquai à sept heures la kélotomie. Après ouverture du sac et issue du liquide contenu dans ce sac, l'anse intestinale qui s'offre à nous est une anse d'intestin grêle. Malgré le peu de temps écoulé depuis l'étranglement, nous eûmes la surprise de constater qu'il existait sur l'anse intestinale tirée au dehors après débridement, au niveau du collet, une perforation linéaire, ayant une longueur de 12 à 15 millimètres, dans une direction perpendiculaire au grand axe de l'intestin et s'étendant du bord mésentérique au bord convexe de l'intestin. Les tissus environnant cette ulcération étaient rougeâtres et friables.

Pour réparer cette ulcération, nous fîmes un surjet séro-séreux afin d'enfouir complètement le bords de la plaie ; et pour la solidité de la suture, il nous fallut prendre nos points d'attaque à un demi-centimètre de distance des bords de la plaie dans la séreuse saine ou moins malade que celle qui limitait immédiatement la déchirure. L'enfouissement des bords de la plaie et l'affronte-

ment des surfaces séreuses qui la limitaient formèrent un bourrelet saillant à l'extérieur et proéminent dans l'intérieur de l'intestin, mais la lumière de l'intestin ne fut pas obstruée par la présence de ce bourrelet, et l'on put sans difficulté faire progresser le liquide intestinal à travers ce détroit.

A l'aide d'un catgut, on maintient, fixée derrière la paroi abdominale, l'anse intestinale qui avait été suturée de façon à prévenir l'issue du liquide intestinale dans la grande cavité péritonéale, au cas où la suture se serait désunie. Un petit drain fut laissé à l'angle inférieur de la plaie. Depuis le moment où l'on commença l'anesthésie jusqu'à celui où les épingles du pansement furent mises, quarante-cinq minutes s'écoulèrent.

Les jours suivants, notre malade n'eut aucun vomissement, alla à la selle le deuxième jour. Le premier pansement et les fils furent enlevés au bout de huit jours. Le quinzième jour après l'opération un pansement colloidonné fut appliqué.

(Gaz. des hôp.)

Du pincement latéral de l'intestin.

M. Schwartz (Soc. de chir.) a observé deux cas de pincement latéral de l'intestin.

L'un concerne une femme de 48 ans, bronchitique, chez laquelle apparut une tumeur douloureuse dans l'aîne droite, La malade rendait des gaz et des selles ; il n'y avait pas d'anorexie et il n'existait aucun trouble fonctionnel. M. Schwartz pensait à une épiplocèle crurale irréductible, tout en notant cependant un peu plus de résistance à la palpation. Dans le doute il a incisé et trouvé un petit sac rempli de liquide sanguinolent et une portion d'anse d'intestin grêle noir-rougeâtre très serrée. Le débridement fait, on a constaté qu'il s'agissait d'un pincement latéral, au niveau duquel la couche musculaire était fortement intéressée. Cependant la malade a guéri.

Différents mémoires ont été écrits sur ce pincement latéral. On y rapporte des faits très variés. Ordinairement le pincement crural se manifeste par l'absence de selles ou par des selles cholériformes. C'était le cas d'un malade observée par M. Schwrtz en 1886.

Il a trait à une femme qui, depuis six jours, présentait des symptômes d'étranglement compliquée en dernier lieu de péritonite. L'opération a fait découvrir un pincement latéral de l'intestin qui était ulcéré et perforé. La malade a succombé 36 heures après.

M. Schwartz conclut que l'on doit insister sur l'absence ou le peu d'intensité des troubles fonctionnels, qui doivent être mis au deuxième plan, alors que les signes physiques doivent être les signes principaux.

M. Quénu a été appelé il y a sept ans, auprès d'une femme de 34 ans atteinte d'une petite tumeur crurale légèrement douloureuse. Comme chez la première mala-

de de M. Schwartz, il y avait évacuation de gaz et de matières fécales. M. Quénu n'en fit pas moins, quelques heures plus tard, une incision, et trouva un pincement latéral. La malade a guéri.

Dans la généralité des ouvrages classiques, il est écrit qu'avec le pincement latéral il y a ordinairement absence de gaz et de selles. C'est une exagération, car la circulation intestinale peut être conservée. Aussi, en présence d'une tumeur herniaire, le mieux est d'aller voir quelle est cette tumeur.

M. Rochard est intervenu chez un homme dont le ventre était légèrement ballonné, et qui avait quelques nausées et un aspect souffreteux. Pas de hernies et le matin une selle copieuse. On a fait la laparotomie qui a conduit sur le pincement latéral d'une anse grêle.

M. Lejars a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, les uns sans troubles fonctionnels, les autres avec des accidents aigus très intenses. C'est ainsi que, chez un homme, le tableau complet de la hernie étranglée existait. On opère et on trouve une épilplocèle avec pincement latéral.

D'autres fois, il y a peu de phénomènes, mais des accidents de stercorémie. Tel ce malade qui, depuis deux mois, portait une tumeur irréductible, peu douloureuse, avec émission de gaz et de gardes-robes. Mais l'état général était mauvais. L'opération montra l'existence d'un pincement latéral.

M. Lejars a encore eu un autre fait comparable à celui de M. Schwartz ; il concerne une femme soignée, depuis 8 jours, dans un service de médecine pour des accidents de bronchite. Le neuvième jour on découvre une petite tumeur rouge dans l'aîne droite. On incise le lendemain ; c'était un abcès stercoral avec sphacèle de l'intestin qui était pincé latéralement. La malade a guéri.

M. A. Broca a laparotomisé une malade offrant des accidents d'occlusion et trouvé un pincement latéral dans la région crurale. Il pense que dans le cas de M. Quénu il s'agit d'un pincement diverticulaire.

M. Delbet a vu un certain nombre de ces faits dont les manifestations sont bien variables. Entre autres malades, il se souvient de l'un d'eux où l'interne diagnostiqua une adénite. Le lendemain on trouva un pincement latéral, qui fut suivi de mort. L'affection se présente sous deux formes anatomiques ; tantôt c'est une portion d'intestin qui est pincée ; tantôt c'est une diverticule qui est intéressé. On le reconnaît en ce que, dans le premier cas, on obtient, le débridement fait, l'extension de la partie étranglée.

M. Guinard cite le cas d'un homme apporté à l'hôpital et qui, à la suite d'un coup de tesson sur le ventre, présentait une grosse hernie inguinale étranglée. La réduction en fut très facile, mais le lendemain se montrèrent des accidents aigus, et très rapidement la mort. A l'autopsie, on a constaté une hernie congénitale dans un sac herniaire, et à l'origine de la vaginale un petit pincement latéral de l'intestin, qui était perforé. On avait

réduit le gros de la hernie, mais non ce qui tenait à la vaginale.

(Gaz. hebdomadaire, méd. chir.)

Suture intestinale.

M. Chaput présente des pièces relatives à un nouveau procédé de suture intestinale par les agrafes de Miéhel. M. Chaput se sert d'agrafes plates ordinaires, ou rondes, construites spécialement pour ce genre de suture ; on procède la façon suivante : sur les lèvres postérieures qui font saillie dans la lumière intestinale, on place à cheval les agrafes ordinaires ; pour terminer et suturer les lèvres antérieures de la section, on emploie les agrafes rondes et on en place 2 étages : le second est formé par des agrafes plus grandes.

Tous les chiens opérés ainsi ont guéri. M. Chaput a employé ce procédé 4 fois chez l'homme. Dans un cas de pyloroplastie, le résultat a été excellent. Dans les autres cas où la mort est survenue, les sutures avaient parfaitement tenu. Ce procédé fait gagner un temps considérable.

M. Delbet a pratiqué très souvent les sutures intestinales circulaires, chez le chien, après résection d'un bout d'intestin. Tous les animaux guérissaient parfaitement et jamais ce mode de suture n'a déterminé de rétrécissement. Dans quelques cas la cicatrice était à peine apparente.

(Journ. des pra.)

OBSTETRIQUE

Grossesse et fibrome.

M. Richelot, à propos de la conduite à tenir en cas de grossesse compliquée de fibrome, après avoir rapporté une série de statistiques dues à des accoucheurs étrangers, déclare que des accidents peuvent se produire au cours de la grossesse et qu'il faut, au cas échéant, être prêt à intervenir. Pour M. Pinard ces accidents seraient tout à fait exceptionnels, la grossesse arriverait à terme dans le plus grand nombre de cas en l'on ne devrait intervenir qu'au moment du travail. M. Richelot croit, au contraire, que les cas où il faut intervenir pendant la grossesse ne sont pas tellement rares et qu'il faut le faire alors en quelque sorte préventivement. Devant un fibrome compliqué de grossesse il faut agir comme on le ferait devant un simple fibrome. Il faut opérer avant l'apparition des accidents immédiatement graves. Comment reconnaîtra-t-on ce moment opportun, cela est difficile à dire et est affaire de clinicien.

M. Pinard a fait le relevé des cas de grossesse compliquée de fibrome qui ont été observés à la clinique Baudelocque durant les 5 dernières années, de 1895 à 1900.

Ces cas sont au nombre de 84. On n'a noté l'avortement que 4 fois. Si l'on élimine les cas où le placenta était inséré sur le segment inférieur, il n'y a pas eu un seul cas de métrorrhagie. Enfin, le nombre des morts a été de 3 parmi lesquelles il y en a au moins une où le fibrome ne peut être incriminé, la femme étant morte d'éclampsie.

Ces documents viennent à l'appui de la manière de voir de M. Pinard qui adopte la formule de M. Varnier, déclarant que les accidents nécessitant une intervention au cours d'une grossesse compliquée de fibrome sont une exception dans les cas exceptionnels. M. Pinard ne dit cependant pas qu'il faille ne jamais intervenir, mais seulement quand il y a des accidents menaçant les jours de la femme. Il croit qu'il y aurait un gros danger à parler de la nécessité d'un traitement préventif.

M. Routier n'est intervenu que deux fois pour des accidents survenus au cours de grossesses compliquées de fibromes.

La première fois, c'était à Laënnec, à l'époque où M. Routier remplaçait Nicaise. La malade présentait des accidents d'étouffement très graves. Il s'agissait d'un volumineux fibrome sous-péritonéal pédiculé dont M. Routier fit l'ablation. La grossesse continua à évoluer normalement et la femme accoucha à terme.

Dans le deuxième cas, M. Routier intervint pour de graves hémorrhagies. Il pratiqua l'hystérectomie totale. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un placenta prævia.

Tous les autres cas que M. Routier a vus il les a envoyés à Baudelocque où on n'a jamais été obligé de l'appeler pour intervenir. Presque toutes ces femmes ont accouché à terme; aussi sur cette question M. Routier se rallie-t-il à l'opinion des accoucheurs.

M. Lepage trouve exagérée la formule de M. Richelot qui veut que "devant un fibrome compliqué de grossesse il faut agir comme on le ferait devant un simple fibrome." En effet, les conditions sont loin d'être les mêmes. La grossesse est un élément temporaire. Elle peut à elle seule déterminer des phénomènes de compression qui, s'il s'agissait d'un fibrome, armeraient immédiatement la main du chirurgien. M. Lepage rappelle le cas de Delagenière où, chez une femme enceinte présentant des fibromes et ayant d'abondantes métrorrhagies, on se contenta de vider l'utérus. Cette femme redevint enceinte et accoucha d'un enfant vivant.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

GYNECOLOGIE

Le massage dans les maladies des femmes.

par PIERING.

L'auteur préconise le massage dans un grand nombre d'affections gynécologiques. D'après lui, le massage,

ou mieux, "le traitement manuel des maladies des organes génitaux de la femme" (Schautu) est indiqué :

1° Dans les inflammations chroniques du tissu cellulaire pelvien, s'accompagnant ou non de déplacement de l'utérus, c'est-à-dire dans tous les cas de paramétrite ou périmétrite ancienne avec formation d'exsudats, d'adhérences, de tissu cicatriciel ;

2° Dans les déviations utérines, tout au moins dans les différentes variétés de flexion ou de version ;

3° Dans la métrite chronique ;

4° Dans les déplacements et adhérences des ovaires ;

5° Dans les épanchements hématiques anciens. Mais ici, le chirurgien règlera strictement sa conduite sur chaque cas particulier, car bien souvent, le massage ne sera pas supporté ; en général, on en retirera des bénéfices d'autant plus grands qu'on l'instituera plus tardivement ;

6° Dans les cas d'affaiblissement et de relâchement de l'appareil musculaire. Ici, malheureusement, le massage n'a pas donné tous les résultats qu'on attendait. Cependant, il n'y a pas de doute qu'on ne parvienne à rendre une certaine tonicité aux muscles chargés de maintenir l'utérus dans sa position normale ;

7° Dans certains cas de stérilité ;

8° Enfin, le massage trouve une indication relative dans certaines salpingites chroniques avec épaississement modéré de la paroi et sans abcès. Les contre-indications du massage gynécologique sont, les unes relatives : menstruation et grossesse ; les autres absolues : inflammation aiguë (exsudats récents), infection blennorrhagique ou septique avec collections purulentes, maladies générales (telles que tuberculoses, etc.), néoplasmes, état nerveux accentué du sujet.

(Prager med. Woch — Presse méd.)

Retrodeviation utérines et kinésithérapie.

BLOCH :

1° Dans les rétrodéviations utérines, la congestion pelvienne chronique et les œdèmes sont la cause primordiale des douleurs et de l'impotence. La déviation en elle-même, n'est qu'un facteur secondaire.

2° Il ne faut jamais chercher à réduire de force un utérus.

3° La réduction temporaire ou permanente qu'il est préférable d'obtenir n'est pas nécessaire pour arriver à guérison, si nous entendons par guérison, le retour des malades à la vie active, et la disparition de tous les symptômes de l'affection.

4° La guérison est obtenue surtout par la mobilisation de l'utérus consécutive à la décongestion pelvienne qui entraîne résorption des divers œdèmes.

5° La kinésithérapie (massage et gymnastique) permet d'obtenir ces résultats.

6° La kinésithérapie provoquant le réflexe dynamogénique, relève rapidement l'état général.

7° La kinésithérapie permet aux malades de ne pas suspendre leurs occupations pendant le cours du traitement.

8° Pour ces raisons, la kinésithérapie est le traitement de choix des rétrodéviations utérines.

(*Rev. de cin. et d'élec. — Arch. méd. chir. spé.*)

THERAPEUTIQUE

Traitement médical de l'aménorrhée.

(LUTAUD.)

On conseillera les exercices physiques, la gymnastique, l'hydrothérapie, les bains chlorurés (Salins-du-Jura, Salins-Moutiers) et tous les moyens généraux de nature à relever l'organisme.

J'ai employé avec succès le mercure associé à l'arsenic, à la strychnine et au fer :

Bichlorure de mercure.....	} à 5 centigr.
Arséniat de soude.....	
Sulfate de strychnine.....	
Carbonate de potasse.....	} à 2 gram.
Sulfate de fer.....	

Pour 60 pilules.

Une au commencement de chaque repas.

Dans d'autres cas, lorsque l'estomac est trop fatigué pour supporter l'hydrargyre, je le remplace par le manganèse, qui est un bon stimulant de la fonction utérine :

Arséniat de fer.....	10 centigr.
Extrait de noix vomique....	1 gramme.
Sulfate de manganèse.....	5 —

Pour 60 pilules.

Une pilule avant chacun des deux principaux repas.

Lorsque la femme aménorrhéique est constipée, ce qui est fréquent, j'associe à ces formules de l'aloès, qui a en même temps des propriétés emménagogues.

Je prescris :

Carbonate de fer.....	} à 5 grammes.
Gomme ammoniacale.....	
Aloès soccotrin.....	
Sirop d'absinthe.....	Q. s.

Pour faire 50 pilules.

Une avant chacun des deux principaux repas.

Lorsque l'aménorrhée coïncide avec l'obésité, il faut insister sur les purgatifs associés avec les emménagogues. Voici deux bonnes formules qui conviennent surtout chez les femmes qui ont encore le molimen mens-

truel, mais chez lesquelles la menstruation est insuffisante :

Aloès soccotrin.....	1 gramme.
Rue.....	} à 50 centigr.
Sabine.....	
Safran.....	

pour 10 cachets. Un avant chaque repas, ou

Eau distillée.....	120 grammes.
Sirop de safran.....	30 —
Huile essentielle de rue....	} à X gouttes.
Huile essentielle de sabine.	

Une cuillerée à soupe trois fois par jour pendant la période correspondant au molimen menstruel.

Les préparations d'armoise, si populaire, méritent d'être essayées. Je donne la préférence à l'infusion (5 grammes de feuilles pour une demi-litre) ou un lavement (20 grammes pour 500 grammes).

Enfin, il importe, chez les femmes aménorrhéiques, de pratiquer fréquemment le cathétérisme utérin.

(*Gaz. méd. de Paris — Gaz. de gyné.*)

TOCOLOGIE

De l'allaitement par les mères albuminuriques.

par M. COMMANDEUR.

Chez une albuminurique, lorsque, après l'accouchement, l'albuminurie persiste, il est habituel de conseiller de cesser l'allaitement. Cependant Budin et Chavanne ont relaté des cas où la conduite contraire a pu être suivie sans inconvénients pour la mère et l'enfant.

L'auteur, ayant eu il y a deux ans, l'occasion d'observer la femme d'un médecin, albuminurique au cours de sa grossesse, avec persistance de l'albuminurie après l'accouchement, essaya, mais en vain, de faire cesser l'allaitement maternel, et pourtant l'enfant se développa bien.

A la suite de cette constatation il laissa allaiter leur enfant à des albuminuriques de la grossesse et à des albuminuriques antérieures à la grossesse.

Les résultats de ces expériences permettent de formuler les trois propositions suivantes :

- 1° L'allaitement n'est pas un obstacle à la disparition de l'albumine ;
- 2° L'albuminurie peut persister un certain temps sans dommage pour la mère et l'enfant ;
- 3° L'albumine peut persister longtemps et disparaître.

L'auteur formule les conclusions suivantes :

Le brightisme de la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement, qui présente deux avantages :

- a) L'enfant se porte mieux qu'avec le lait stérilisé ;
- b) Souvent le lait stérilisé, non supporté au début, est

digéré après quelque temps d'allaitement maternel. On gagne ainsi du temps, mais il faut une surveillance étroite pour la mère et l'enfant.

(Bull. méd. — Arch. méd. chir. spé.)

ELECTROTHERAPIE

Hémorrhagies utérines; indications et contre-indications de leur traitement électrique, action excito-motrice de l'électricité.

par M. ZIMMERN.

L'auteur, au double point de vue clinique et physiologique, formule les conclusions suivantes :

1) Au point de vue clinique : dans les hémorrhagies utérines dues à la *rétenion septique*, le curetage est indiqué d'une façon absolue ;

2) Dans les hémorrhagies dues à l'*endométrite récente* :

A. — La galvano-caustique doit être préférée au curetage parce que : a) elle ne nécessite pas l'anesthésie ; b) elle n'impose pas le repos ; c) la récurrence est rare ;

B. — La galvano-caustique peut être préférée aux caustiques parce que : a) elle est plus aisément localisable, peut être moins dangereuse, et permet d'éviter la cautérisation du col ; b) elle possède une action trophique, qui s'exerce sur la fibre musculaire, favorisant ainsi sa contractilité et régularisant, par conséquent, l'apport sanguin ;

3) Dans les formes d'endométrites *anciennes, fongueuses, polypeuses*, la galvano-caustique doit céder le pas au curetage..

4) Dans les hémorrhagies dues à la *subinnolution aseptique*, le curetage et les caustiques doivent être bannis. La galvanisation, au contraire, par son action excito-motrice, devient ici le *traitement de choix* ;

5) Dans les hémorrhagies du *fibrome*, l'électrisation est le traitement *palliatif* le plus efficace (70 à 80 p. 100 des cas).

6) Dans les hémorrhagies qu'on rencontre au cours des *affections génitales de nature congestive*, et où le curetage et la cautérisation sont plutôt nuisibles, l'électricité sous forme de faradisation ou de galvanisation est *utile*.

7) Lorsqu'il existe des *lésions annexielles* aiguës, subaiguës ou purulentes les méthodes galvaniques sont *contre-indiquées*.

II. — Au point de vue physiologique : 1° L'action polaire ne suffit pas pour expliquer l'hémostase utérine. Elle ne semble jouer qu'un rôle secondaire dans le mécanisme de l'hémostase ;

2° L'appareil vaso-moteur de l'utérus paraît être représenté par la musculature elle-même ;

3° Le muscle utérin est un organe contractile et excitable, mais réagissant aux excitations d'une façon particulière ;

4° Les courants faradiques et galvaniques sont des excitants de la contractilité utérine ;

5° Parmi toutes les formes de l'électricité, le courant galvanique doit être considéré comme l'excitant le plus parfait du muscle lisse utérin ;

6° L'usage de l'électricité est, par conséquent, justifié dans tous les cas pathologiques où le fonctionnement musculaire est déficient. Le courant galvanique est pour l'utérus un agent excito-moteur de premier ordre (Thèse de Paris, 1901).

(Arch. méd. chir. spé.)

PEDIATRIE

Sur la valeur du serum antidiphtherique et sur les causes de mortalité dans la diphtérie

par M. CHANTEMESSE.

La question de l'efficacité du sérum antidiphthérique et de l'opportunité de son emploi, n'a pas encore cessé d'être discutée. Quelques-uns ont de la tendance à juger de la valeur curative du sérum, uniquement sur le résultat brut des statistiques, sans se préoccuper ni de la précocité de l'injection, ni de la dose injectée.

La statistique indique t-elle une légère augmentation de la mortalité, on en conclut que le sérum a perdu de sa puissance. Telle n'est pas, à mon sens, la vraie raison de l'augmentation de la mortalité, et, si j'en juge par les faits observés dans mon service hospitalier, la cause essentielle de la mortalité diphtérique est dans le retard que l'on met à pratiquer les injections de sérum. Ce retard n'est pas dû à l'indolence des médecins, mais à la crainte déplorable qui leur a été inspirée au sujet des dangers du sérum. Ces dangers, il faut le répéter bien haut, n'existent pas ou sont absolument insignifiants dans l'immense majorité des cas.

Pour ma part, dans mon service de crèche réservé aux tous jeunes enfants atteints de diphtérie, je ne les ai jamais observés pendant une période de six ans.

En revanche, j'ai vu que les enfants qu'on amenait étaient souvent au moment de leur entrée, intoxiqués par la diphtérie depuis plusieurs jours, et que le nombre de ceux qui avaient déjà reçu du sérum ne dépassait pas 5 pour 100.

Les chiffres de ma statistique sont tout à fait caractéristiques à ce point de vue.

J'ai fait connaître déjà ceux de 1895, qui donnaient 12 p. 100 de mortalité. C'était l'époque qui suivait de près la communication de Roux, à Budapest, et pendant laquelle les médecins pratiquaient volontiers d'assez bonne heure les injections sérbothérapeutiques. Du mois de mars

1896 au mois de mars 1901, j'ai reçu dans mon service 476 petits malades atteints de diphtérie : 70 ont succombé, soit une mortalité totale de 16.80 p. 100.

Cependant, en ce qui concernent la date des jours ou sont morts les 70 petits malades, on remarque que 19 ont succombé le jour de leur entrée, 29 le lendemain et 12 le surlendemain, c'est-à-dire que 56 d'entre eux sur 70 ont été amenés à l'hôpital étant déjà profondément intoxiqués par la diphtérie, trop tard par conséquent pour bénéficier entièrement des injections de sérum qu'on leur a pratiquées à leur arrivée. On peut dire que bon nombre d'entre eux auraient survécu si l'on avait institué plus tôt le traitement sérothérapique. L'observation que j'apporte ici n'est pas un cas isolé. Beaucoup de nos collègues des hôpitaux d'enfants ont fait la même constatation.

Il faut donc redire aux médecins praticiens qu'il est nécessaire, pour guérir presque à coup sûr la diphtérie, d'intervenir avec le sérum, dès le début, des que s'impose la suspicion de la présence de la diphtérie. Il est dangereux d'attendre, toujours avant de pratiquer une injection de sérum que le diagnostic soit définitivement confirmé par la clinique ou par la culture bactériologique. Qu'importe que le diagnostic soit encore hésitant. Après le nombre immense des injections pratiquées depuis quelques années, on peut dire qu'elles sont sans danger.

Mon observation personnelle me porte à considérer le sérum antidiphtérique, ayant vieilli dans les fiocons et contenant de petits flocons de fibrine précipités, comme parfaitement efficace et provoquant des érythèmes plus rarement que le sérum frais.

(Arch. méd. chir. spéc.)

SYPHILIGRAPHIE

De l'abolition des réflexes pupillaires dans leurs relations avec la syphilis.

par MM. BABINSKI et CHARPENTIER.

Dans un travail présenté en juillet 1899 à la Société de dermatologie, nous avons cherché à établir que l'abolition des réflexes des pupilles, et plus particulièrement du réflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire quand elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire ou du nerf optique et n'est pas associée à une paralysie de la troisième paire, constitue un signe de syphilis acquise ou héréditaire, presque, sinon tout à fait pathognomonique.

Les résultats de nos observations ont été confirmés, en France par Porinaud et Antonelli, en Allemagne par Kœnig et Erb, en Angleterre par Harris.

Depuis, nous avons eu nous-mêmes assez souvent

l'occasion d'observer des faits identiques à ceux que nous avons relatés.

Voici quatre malades actuellement hospitalisés dans le service de l'un de nous et dont l'histoire pathologique vient à l'appui de ce que nous soutenons.

L'une de ces malades est une femme de trente-quatre ans, syphilitique depuis six ou sept ans ; elle a actuellement des exostoses syphilitiques et présente, de plus, le signe de Robertson ; elle n'a aucune autre manifestation d'affection du système nerveux.

Une autre malade, âgée de 58 ans, a contracté la syphilis il a quarante-deux ans, à l'âge de seize ans ; elle a une lésion du nez sur la nature de laquelle on n'a pas été fixé à l'hôpital Saint-Louis ; il s'agit d'un lupus tuberculeux ou d'une syphilide ; on constate chez elle le signe de Robertson, mais aucun autre signe de maladie organique du système nerveux.

Il en est de même d'un homme âgé de quarante-huit ans qui, comme signe objectif de maladie du système nerveux, ne présente que le signe de Robertson. Il est syphilitique depuis l'âge de trente-trois ans.

Enfin, une femme âgée de cinquante-deux ans, chez laquelle on ne trouve également que le signe de Robertson comme manifestation d'une affection organique du système nerveux, a, depuis l'enfance, une déformation en lame de sabre du tibia. Il s'agit peut-être de syphilis héréditaire.

L'abolition des réflexes pupillaires dans les conditions précédemment précisées, nous paraît indiquer que le système nerveux central est atteint par la syphilis et que le sujet chez qui on la constate est un candidat aux tabès, à la méningo-encéphalite diffuse ou à la syphilis cérébro-spinale.

Sans avoir le droit de l'affirmer, nous sommes portés à croire que c'est un signe de syphilis acquise ou héréditaire.

Or, comme ce phénomène n'apporte aucun trouble dans la vision, il doit être recherché systématiquement chez tout individu qui se présente à l'examen du médecin.

Cette donnée nous semble avoir un très grand intérêt pratique, car, il y a tout lieu d'admettre que le traitement spécifique est, dans les cas de ce genre, d'une grande utilité.

(Arch. méd. chir. spéc.)

FORMULAIRE

CONTRE L'HEMOPTYSIE.

Chlorure de calcium..... 5 gr.
Teinture thébaïque..... XX gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges..... 25 gr.
Julep gommeux..... 90 gr.

1 cuiller à soupe toutes les 2 heures.

(Progrès méd.)

Travaux Originaux

UN CAS DE SCIATIQUE REBELLE — TRAITEMENT PAR LE BLEU DE METHYLENE ET LES BAINS HYDRO-ELECTRIQUES— GUERISON.

par le docteur DAMIEN MASSON,

de l'Université de Paris, médecin de l'Institut ophtalmique.

Madame X, 36 ans, religieuse, se présente à notre consultation, le 18 juillet dernier, pour des douleurs presque intolérables qu'elle endure dans le membre inférieur gauche depuis trois ans et demi, sans intermittence pour ainsi dire.

Ces douleurs se sont installées spontanément, la nuit, alors qu'elle habitait un pays humide, y ayant été appelée par ses fonctions pédagogiques.

Disons de suite qu'elle attribue son mal à un *coup de froid*, ce en quoi elle semble avoir raison, car aucune autre cause n'apparaît dans nos recherches sur son passé médical.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels — Son état général est bon.

Au mois de janvier 1898, elle fut brusquement tirée de son sommeil par des douleurs très vives, éprouvées sur tout le trajet du nerf sciatique. Elle fut clouée au lit pendant cinq semaines consécutives, le moindre mouvement, le plus petit effort faisant éclater le paroxysme névralgique. Survint alors une légère rémission, qui lui permit de se lever, de marcher quelque peu, en se servant le moins possible du membre malade. Depuis, son état ne s'est nullement modifié, toujours les mêmes douleurs sourdes, contusives, avec des élancements intermittents, toujours la même difficulté dans la déambulation.

Elle nous arrive avec une attitude caractéristique. Afin d'atténuer la douleur, elle porte instinctivement le poids de son corps sur le membre sain, ce qui l'oblige à incliner le tronc du même côté, dans le but de rétablir l'équilibre en déplaçant le centre de gravité. Par suite, la colonne lombaire décrit une courbe à concavité droite, la main droite descend plus bas que la gauche, et la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse.

Elle nous raconte que toute promenade lui est impossible, qu'elle ne peut pas rester debout plus de cinq minutes, que la position assise même lui est pénible, que seul le repos au lit dans l'immobilité la plus absolue lui apporte du soulagement.

A l'examen local la douleur occupe la région lombaire, l'échancrure sciatique, la fesse, la partie postérieure de la cuisse, le mollet ; une exploration attentive montre qu'elle se fait particulièrement sentir aux points de Valleix. Elle est surtout provoquée par cette manœuvre connue sous le nom de *Signe de Lasègue*. Ce signe ayant une grande valeur diagnostique, on nous permettra de rappeler en quoi il consiste. " Lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse, on peut obtenir sans douleur une flexion forcée de la cuisse sur le bassin, car le nerf est alors placé dans un état de relâchement ; au contraire, lorsque la jambe est étendue sur la cuisse, ce même mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin provoque une vive douleur qui s'explique parce que dans cette attitude le nerf est fortement tendu." (1)

Comme troubles de la motilité en dehors de l'impotence fonctionnelle, le membre fut souvent agité de secousses convulsives.

Une hyperesthésie assez tenace fut la seule manifestation de la sensibilité cutanée.

Pas de troubles trophiques du côté de la peau, ni du côté des muscles.

Diagnostic. — Névralgie sciatique idiopathique.

Traitement. — Toutes les médications externes avaient déjà été mises en usage chez notre malade. En plus des liniments de toute espèce, les vésicatoires et les raies de feu avaient été, à maintes reprises, généreusement appliqués sur le trajet du nerf. Le cas était difficile et nous devons avouer que nous avons de sérieuses craintes quant au résultat.

Nous souvenant, cependant, des nombreux succès obtenus par le professeur Combemale, de Lille, dans des cas à peu près identiques, au moyen du bleu de méthylène, nous avons encore de l'espoir et nous prescrivâmes :

Bleu de méthylène..... 0,05 centigrammes,
pour une pilule n° 100.

Prendre quatre dans la journée.

En même temps la malade était soumise à un bain hydro faradique quotidien, le pôle positif étant placé à l'émergence du nerf sciatique et le pôle négatif promené sur son trajet.

Après quinze jours de traitement notre religieuse pouvait se mettre à genoux, s'asseoir, déambuler sans douleur aucune, ce qui, avons nous dit, ne lui était pas arrivé depuis trois ans et demi.

Au bout d'un mois nous la revoyons et la guérison se maintient.

(1) Debove et Achard.

Un mot sur l'action du bleu de méthylène.

C'est un analgésique qui se fixe sur le cylindre-axe en modifiant l'exagération morbide des fonctions sensibles du nerf. Ce n'est pas seulement un calmant, mais encore un excitant des fonctions du système nerveux.

Les travaux de monsieur le professeur Combemale sur le traitement de la sciatique par le bleu de méthylène ont démontré que les névralgies rebelles, même accompagnées de névrite, sont presque toujours améliorées sinon complètement guéries par l'usage prolongé de ce médicament.

Cet agent nervin ne doit être employé que chimiquement pur. Autrement il peut être très dangereux parce que les échantillons trouvés dans le commerce contiennent souvent de l'arsenic, du zinc et des produits organiques dérivés de la houille.

Revue des journaux

MEDECINE

Le permanganate de potasse dans l'antiseptie buccale.

GRORICHARD (de Besançon)

L'auteur recommande vivement, comme antiseptique buccal, le permanganate de potasse, dont la caractéristique est, ainsi que l'a montré M. Arnozan, d'abandonner de l'oxygène aux matières organiques au contact desquelles il est placé, facilitant ainsi, par une oxydation énergique, la destruction des microbes.

L'auteur prescrit, après chaque repas, un lavage de la bouche avec un verre d'eau bouillie à 40°, dans lequel on verse cinq gouttes de la solution de permanganate de potasse au dixième. On peut aromatiser avec quelques gouttes d'alcool de menthe, encore le mélange doit-il être extemporané pour ne pas se décomposer. Il a ainsi obtenu d'excellents résultats dans les cas de stomatite aphteuse, dans les gingivites à streptocoques. Le pouvoir antiseptique du permanganate de potasse lui permet de supprimer les microbes pathogènes du milieu buccal qui déterminent les caries dentaires et les suppurations de la pulpe.

Avec la solution indiquée plus haut, le permanganate de potasse stérilise, sans le détruire, l'épithélium de la muqueuse buccale et il en entretient l'humidité et la souplesse.

(Journ. med. et chir. prat. — Arch. méd. chir. spéc.)

Intoxication grave par l'emploi d'une teinture servant à noircir les souliers.

par M. LOP (de Marseille).

Après MM. Landouzy et Brouardel, Courtois-Suffit, Hallipré, etc., je viens apporter un nouvel exemple d'intoxication non professionnelle par l'aniline.

Le 5 juillet dernier je suis appelé, dans la soirée, auprès d'un jeune garçon de quatorze ans gravement indisposé depuis dix heures du matin. Je trouvai cet enfant dans un état d'anéantissement complet; pas de pouls, froid intense, crampes à l'épigastre et aux jambes, teinte asphyxique intense, le facies, les lèvres, les ailes du nez et les ongles très cyanosés; anurie depuis midi, le thermomètre placé dans le rectum accuse 35°8. En un mot, véritable collapsus avec cyanose.

Ce malade, garçon robuste, bien portant le matin encore, ne donnait que fort peu de détails sur cet état devenu si soudainement grave. Il n'affirmait n'avoir bu autre chose que deux verres de limonade glacée, mais après le début qu'un malaise qu'il avait éprouvé peu de temps après son départ de la maison.

Ces deux verres de limonade avaient été sollicités par une soif ardente qu'il ne s'expliquait guère et qui ne pouvait être mise sur le compte de la chaleur, la température s'étant très rafraîchie depuis la veille. Je ne croyais guère à la possibilité, d'un empoisonnement par la limonade glacée, breuvage inoffensif vendu journellement en été dans les rues de Marseille et simplement préparé avec de la cassonade (sucre brut) et du citron.

Interrogé sur son alimentation de la journée, l'enfant m'apprit que, souffrant déjà avant de se mettre à table, il avait seulement mangé un morceau de gâteau, dont toute la famille, composée de neuf personnes, avait aussi mangé.

J'avoue que j'étais assez embarrassé sur l'étiologie de ces accidents. Le choléra sec, forme exceptionnelle sous nos climats et dont l'enfant offrait assez le tableau, pouvait être écarté, aucun cas n'ayant été signalé à Marseille depuis deux ans.

Lorsque soudainement me vint à l'esprit le souvenir des empoisonnements signalés par M. le professeur Landouzy et consécutifs à l'emploi d'une teinture à noircir les bottines.

Cette teinte asphyxique, cet anéantissement, cadrèrent bien avec les observations de M. Landouzy.

Je demandai aussitôt à voir les chaussures de l'enfant. Le hasard, qui parfois fait si bien les choses, me servit à merveille et bien à point pour soigner avec plus de sûreté mon malade.

Un peu étonnée, la mère m'apporta les chaussures en me disant: "Justement, docteur, je les ai noircies ce matin avec une teinture achetée exprès hier." J'avais frappé juste; je pus alors reconstituer, avec l'aide du malade, l'histoire de ce singulier et grave accident.

A neuf heures et demie l'enfant s'était chaussé de

ses bottines encore fraîches de teinture passée à huit heures et demie ; sorti de chez lui il était allé à un demi-kilomètre voir des parents. En revenant de cette visite, se trouvant sur le boulevard des Dames, il commença à être gêné dans sa marche et à éprouver un grand froid et une soif ardente, c'est alors que rencontrant un marchand de limonade, il en but deux verres coup sur coup tout en continuant sa marche, il éprouvait un sommeil invincible.

Rentré chez lui en titubant légèrement, sa mère frappée par sa pâleur et la coloration violette de ses lèvres, lui demanda s'il avait eu froid et quel temps il faisait pour être *si violet que ça* ! Elle conseilla à son enfant de se coucher, mais celui-ci, désireux d'aller dîner à bord avec son père, refusa.

En route, dans le tramway, il s'endormit presque tout le temps ; à bord il ne prit qu'un gâteau : à ce moment, son père s'aperçut qu'il avait les ongles presque noirs. On le ramena en hâte à la maison et l'on vint m'appeler ; ne me trouvant pas chez moi, on le fit coucher et on lui donna, sur les conseils d'un pharmacien, un vomitif.

A dix heures du soir, j'arrivai et je trouvai l'enfant dans l'état que j'ai décrit plus haut et que je pus combattre assez heureusement par le sérum artificiel en injections, les excitants internes et la décoction d'orge prise en abondance.

Je savais que les teintures d'aniline renferment de l'arsenic en plus ou moins grande quantité, néanmoins je ne me crus pas autorisé à combattre cette intoxication à porte d'entrée cutanée par l'antidote chimique de l'arsenic (hydrate de peroxyde de fer en gelée) dans les cas aigus à porte d'entrée digestive. Le sérum, avec juste raison, je crois, me paraissant devoir être plus actif et répondre mieux aux accidents, je lui donnai la préférence.

Le collapsus dura une partie de la nuit avec la même intensité et l'amélioration se fit attendre jusqu'au matin dix heures et demie.

La cyanose et le refroidissement se dissipèrent peu à peu et à midi le thermomètre était remonté à 37°3.

Deux jours après tout était rentré dans l'ordre et il ne restait plus de cet état grave qu'une grande faiblesse.

Le reliquat du flacon a été envoyé par mes soins à M. le professeur Domergue, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu se charger de la recherche de l'arsenic ; ce corps y a été trouvé en quantité très appréciable.

Cette observation, jointe à celles parues jusqu'à ce jour, en montrant d'une façon indiscutable la nocivité des teintures servant à noircir les souliers, me fait un devoir d'attirer après MM. Landouzy et Brouardel l'attention des pouvoirs publics sur l'impérieuse nécessité qu'il y a à interdire la vente de pareilles préparations.

N.-B. — M'étant procuré un deuxième flacon de

teinture, je l'ai remis à M. le professeur Caillol de Poncy, en le priant de vouloir bien rechercher la nature des autres éléments de cette préparation ; ce flacon différait du premier, qui était seulement bouché au liège, le dernier étant fermé avec un bouchon à armature métallique terminé par un pinceau.

Dans ce nouvel échantillon, M. Caillol de Poncy n'a pas trouvé trace d'arsenic ; cette préparation, à base d'aniline, renfermait en outre des sels de chrome ; cette teinture provenait cependant du même marchand et, sauf cette particularité du bouchage, elle était identique comme verre, quantité, coloration et odeur, au premier.

(Gaz. des hôp.)

Oedème Inflammatoire et abcès du larynx.

LUBET-Barbon (de Paris).

Les lésions peuvent rester diffuses ou donner lieu à une collection. La caractéristique est le début brusque, survenant après un coup de froid, la marche rapide et dramatique de l'affection, l'utilité d'un traitement rationnel, pouvant faire éviter la trachéotomie. La dyspnée et la dysphagie sont les deux symptômes les plus marquants.

L'indication urgente de l'intervention est rare, passé les quarante-huit premières heures ; il faut donc gagner du temps. On y arrive par l'application de la cravate humide, les pulvérisations et les fumigations chaudes, les insufflations de poudre de morphine et enfin, par la ponction profonde pratiquée au point où le gonflement est plus marqué.

Suarez de Mendoza, (de Paris) : A propos de l'intéressante communication de M. Lubet Barbon, je désire appeler votre attention sur un moyen héroïque qu'il ne faut pas oublier lorsque dans l'œdème aigu du larynx l'indication de la trachéotomie va se poser. Ce moyen c'est l'injection sous-cutanée de pilocarpine. J'ai obtenu par ce moyen des résultats merveilleux que j'ai communiqués, il y a quelques années, à la Société d'otologie.

Voici, Messieurs, brièvement exposé, un des cas les plus probants, que j'aie eu l'occasion d'observer.

Il s'agissait du valet de chambre d'un de mes amis, pris d'œdème aigu du larynx, étouffant, et qui, sur l'avis de deux confrères, dont un chirurgien, allait être trachéotomisé d'urgence. Bien que l'asphyxie eût été imminente, au moment où je fus appelé auprès du malade, j'engageai mes confrères à attendre quelques minutes et à essayer la pilocarpine que j'avais apportée avec moi par précaution.

Mon avis fut accepté, non sans peine, mais à condition expresse de nous tenir prêts à intervenir, à tel point le cas semblait alarmant, si l'asphyxie augmentait. L'injection faite, le malade fut soulagé en quelques minutes : quinze minutes après on pratiqua une deuxième injeo-

tion et, une heure après, nous partîmes tous, en laissant le malade complètement calme.

(Arch. méd. chir. spéc.)

Rapport sur un travail de M. Dezautière, intitulé :

Une épidémie de pelade.

M. H. HALLOPEAU, rapporteur.

Il y a trois ans que l'Académie a bien voulu me charger de ce travail ; si je n'ai pas plus tôt accompli cette tâche, c'est que la banalité de ces épidémies me paraissait telle, surtout depuis la publication des travaux de nos confrères de l'armée, qu'il me semblait peu utile d'y revenir ; d'autre part, la question de la transmissibilité de la pelade, qui découle naturellement de ces faits, était pour moi hors de toute contestation depuis le lumineux rapport qui a été lu ici même en 1888 par notre éminent collègue Besnier, et je pensais qu'il devait en être de même pour tous les médecins attentifs ; il me faut aujourd'hui reconnaître que je me trompais ; la lutte est toujours ardente. A l'étranger, Kaposi, Ciarrochi, Mibolli, continuent à nier la contagiosité de cette maladie, comme le faisait antérieurement Erasmus Wilson ; en France, M. Jacquet est venu récemment soutenir dans une série de publications remarquables la même thèse défendue auparavant par Horand (de Lyon), et à l'Académie par notre regretté collègue Ollivier ; M. Gémy, qui voit beaucoup de peladiques à Alger, incline également vers cette opinion, ainsi que M. Pavloff, de Saint-Petersbourg : la question est donc à reprendre.

Nous passerons successivement en revue les faits ou arguments qui ont été invoqués pour nier la transmissibilité de la pelade, et ceux qui au contraire sont en sa faveur, pour essayer ensuite d'établir la balance.

Nous nous attacherons surtout à mettre en relief les éléments qui ont été introduits dans la discussion dans ces treize dernières années, priant l'Académie de vouloir bien se reporter pour ceux qui sont plus anciens, au rapport de M. Besnier et à la discussion qui l'a suivi.

A.— Objections opposées à la transmissibilité de la pelade.

1° " Il y a fréquemment des cas de pelade qui restent isolés dans une même famille, malgré la cohabitation ; très souvent, on voit un seul de deux conjoints contracter cette maladie."

Ces faits négatifs prouvent-ils que la pelade n'est pas transmissible ? Nous ne le pensons pas. Si, en effet, comme il le semble bien, sa transmission ne se produit que par des contacts directs, on conçoit aisément qu'elle fasse le plus souvent défaut dans ces circonstances : les contacts nécessaires peuvent en effet ne pas avoir lieu même la vie conjugale. Nous verrons d'ailleurs plus loin que les cas où l'on observe simultanément la pelade chez deux époux ne sont pas rares : or, n'est-il pas de toute

évidence qu'en pareille matière les faits positifs priment les faits négatifs : il ne ressort donc pas de ces derniers que la pelade ne soit pas contagieuse, mais seulement que sa transmission ne se fait que dans des conditions encore incomplètement déterminées.

2° Les tentatives d'inoculation peuvent rester infructueuses. M. Jacquet a cherché, avec opiniâtreté, à s'inoculer une plaque de pelade, dont il était porteur, il n'a pu y parvenir ; nous montrerons bientôt qu'ici encore un fait positif peut lui être opposé ; et, d'autre part, ne peut-on se demander si la pelade de M. Jacquet, localisée au visage, dans le voisinage du trou mentonnier, n'était pas une *pseudo-pelade* de nature tropho-névrotique ?

3° M. Jacquet a observé chez les peladiques toute une série de troubles de nutrition locaux ou généraux qui l'amènent à formuler la proposition suivante : "La pelade c'est la mue pilaire rendue brusque et massive par certaines conditions locales multiples et non spécifiques, entretenue par un trouble nutritif dont la perturbation des excréta urinaires donne partiellement la mesure, et se manifestant entre autres symptômes par l'hypotonie des tissus."

Nous ne pouvons admettre, en ce qui nous concerne, que la pelade soit liée à la mue physiologique, car nous la voyons se produire à toute époque de l'année, et nous ne pourrions nous expliquer, d'autre part, cette localisation de la mue exagérée en plaques à progression excentrique. Pour ce qui est de l'hypotonie des plaques peladiques liée à l'asthénie des appareils musculaires et vasculaires dans les aires desquamées, ainsi que leur atrophie ou de leur hypertrophie et de la phlébectasie, on savait, de longue date, que l'alopecie peladique évolue conjointement avec des troubles locaux de la nutrition ; les recherches très intéressantes de M. Jacquet complètent et étendent notablement ces notions, elles n'établissent nullement que ces troubles constituent les conditions pathogéniques de la chute des cheveux : on peut avec autant de vraisemblance les considérer comme les résultats du même processus qui donne lieu à la dépilation. Quant aux modifications observées par M. Jacquet dans l'excrétion urinaire, modifications qu'il invoque en faveur d'une dyscrasie qui dominerait l'étiologie de la pelade, on peut se demander si les moyennes auxquelles elles se rapportent ont été bien établies, si les différences de taille, d'alimentation et d'activité physique ne jouent pas un rôle prépondérant dans leur production, si, en particulier, le simple fait du *farniente* hospitalier chez des sujets habitués à un grand déploiement de force physique ne jouent pas un rôle important dans leur genèse, et alors même que, dans les pelades très étendues, il se produirait des troubles dans l'excrétion urinaire, ne pourrait-on les rapporter avec vraisemblance aux toxines élaborées par le contagement peladique, et réduire ainsi à néant la valeur de cet argument contre la théorie parasitaire de cette maladie ?

4° " Les faits publiés de contagion sont sujets à discussion ; ils peuvent s'expliquer, soit par des erreurs de diagnostic, soit par des coïncidences, la maladie étant des plus fréquentes."

Il est incontestable que des médecins même relativement expérimentés peuvent rapporter à la pelade des alopecies de toute autre nature : c'est ainsi que, non seulement les folliculites innommées de Lailler et les alopecies tropho-névrotiques peuvent être confondues avec la pelade vraie ; mais nous voyons assez souvent des boutons d'impétigo, des pustules d'ecthyma et même de simples traumatismes donner lieu aux mêmes alopecies trompeuses : les erreurs sont particulièrement fréquentes lorsqu'il se développe plusieurs cas de pelade dans un bataillon ou dans un collège : les personnes auxquelles revient l'examen des cuirs chevelus se laissent alors facilement entraîner à considérer comme peladiques de petites alopecies partielles, consécutives à l'une des altérations que nous venons d'énumérer, ou simplement à une cicatrisation : tout récemment encore, M. Sabouraud, appelé à étudier plusieurs prétendus épidémies de bataillon ou d'école, a constaté qu'elles n'existaient pas.

Mais nous verrons bientôt qu'à côté de faits contestables il en est d'autres qui sont au contraire des plus démonstratifs.

Pour ce qui est de la fréquence de la pelade, elle a été singulièrement exagérée ; sans doute, elle paraît bien avoir augmenté dans ces dernières années, et c'est par centaines que l'on compte incessamment les cas de pelade en traitement dans nos services de Saint-Louis ; cet accroissement de fréquence est même un des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie parasitaire de cette maladie, mais il ne faut pas en exagérer l'importance : nous nous sommes renseigné à cet égard auprès de médecins que leur nombreuse clientèle a mis à même d'être bien au courant de la question. Or, ils ont été unanimes à nous dire que le nombre de cas observés par eux était rare ; l'un d'eux, notre maître et ami Millard, n'en a rencontré qu'un cas dans la longue et très active pratique médicale ; pour la plupart, la somme annuelle a varié de un à quatre ou cinq ; comme ces chiffres sont pris sur des milliers de malades, on peut les considérer comme faibles ; un de nos collègues a bien voulu faire le compte des noms des malades inscrits sur ses registres depuis trente ans : il s'élève à 1.800, bon nombre ont trait à des familles. Or, il n'a observé dans cette clientèle qu'un cas de pelade, et ce collègue a des connaissances spéciales en dermatologie.

On peut donc dire que la fréquence de la pelade est un mythe, et qu'elle ne saurait en aucune mesure nous expliquer la présence simultanée de plusieurs cas de cette maladie dans une même famille, une même pension, un même atelier, un même bataillon.

Il ressort de cet exposé qu'aucun des arguments qui ont été formulés contre la contagiosité de la pelade n'a une valeur réelle.

B. — Arguments en faveur de la transmissibilité de la pelade.

1° Il existe de nombreux exemples de pelades atteignant successivement plusieurs personnes dans une même famille, une même administration, une même localité (ces faits appartiennent à MM. Malherbe, Brocq, Sabouraud, Leloir, Vidal, Spilmann, à moi-même.

Nous en avons pour notre part observé deux chez des conjoints, M. Malherbe de Nantes en a rapporté trois, M. Brocq quatre, et M. Sabouraud sept ; peut-on admettre qu'il n'y ait dans ces faits que de simples coïncidences ?

Des cas multiples dans une même famille sont mentionnés par divers auteurs ; on en cite de même qui se sont produits chez des employés travaillant dans un même bureau : tels sont les six cas observés simultanément par Hillairet ; pour notre part, nous rappellerons le fait suivant que nous avons déjà eu l'occasion de citer, car il nous paraît pleinement démonstratif : un attaché au cabinet d'un de nos ministres vient nous consulter pour une pelade de la nuque ; quinze jours après, nous voyons arriver dans notre cabinet un collègue de cet attaché, portant exactement, dans la même région, au-dessus de la nuque, une plaque semblable : cet attaché ne nous a pas dissimulé que lui et ses collègues ont l'habitude de causer la tête renversée sur un fauteuil : n'est-il pas bien vraisemblable que la pelade du premier consultant a été de la sorte transmise au second ? Nous sommes d'autant plus porté à le croire, que nous avons vu récemment un père et un fils présenter ces mêmes localisations peladiques, après avoir également fait usage de fauteuils communs.

Nous rapprocherons de ces faits celui de l'acteur qui, d'après Vidal, contracta la pelade après s'être servi de la perruque d'un de ses camarades atteint de cette maladie. Nous rappellerons, enfin, que notre éminent collègue M. Besnier, dans son beau rapport de 1888 relate plusieurs cas également décisifs, tels que la petite épidémie observée par Leloir, épidémie dans laquelle six personnes en rapport les unes avec les autres ont été successivement atteintes de cette maladie ; telles sont ces observations de Vidal dans lesquelles notre regretté collègue a vu un enfant, ayant contracté la pelade à l'école, la transmettre à ses frères et sœurs, au nombre de trois ; l'influence d'une prédisposition héréditaire commune ne doit pas être opposée comme on l'a fait, à l'interprétation de la transmission de ces pelades par contagion, car on ne concevrait pas comment cette influence s'exercerait simultanément chez des enfants restés indemnes jusque-là, et d'âges différents.

Nous mentionnerons encore l'observation de Malherbe, qui a constaté chez un officier une pelade contractée par l'intermédiaire de ses instruments de toilette dont faisait indiscrètement usage son brossier atteint de cette maladie. Malherbe a encore vu un grand-père devenir peladique peu de temps après sa petite-fille.

On a relaté enfin de petites épidémies locales dont l'origine a pu être attribuée au transport des éléments infectieux par des instruments : c'est ainsi qu'Erichoff a observé, en 1888, dix cas de cette maladie chez des personnes qui confiaient leur tête au même perruquier ; nous-même avons constaté récemment les faits suivants : en janvier 1900, deux personnes, habitant la Ferté-sous-Jouarre, et se servant du même coiffeur, contractent la pelade ; le 31 mars, une troisième personne, en relation avec les précédentes, présente une plaque de pelade à la nuque ; en avril une quatrième personne est atteinte de lésion semblable dans la même région, deux jours après avoir pris un bain dans la même baignoire que la précédente : faut-il encore invoquer ici de simples coïncidences ? Nous ne le pensons pas. Spillmann a vu douze personnes devenir peladiques après avoir fait usage d'une même tondeuse.

Les épidémies de bataillon ont été souvent signalées : leur authenticité ne paraît pas devoir faire l'objet d'un doute.

Nous ne ferons que rappeler en premier lieu celle qui a été observée en 1888 par notre éminent collègue M. Léon Collin, et dont M. Besnier a fait ressortir la signification nettement démonstrative.

Nous nous contenterons également de mentionner l'épidémie observée en 1856 à Montpellier par M. Coustan ; il affirme que le diagnostic a été certain dans 80 des cas observés. C'étaient dit-il, des plaques rondes, de dimension variant entre celles d'une pièce de un franc et celles de 10 centimes, disposées en ceinture dans les parties en contact avec le képi, s'élargissant excentriquement.

Dans l'épidémie du 11^e dragons relatée en 1889 par M. Bourguédieu à Libourne, il s'est produit, en deux mois, 44 cas de pelade. Ne peut-il n'y avoir là que de simples coïncidences ?

Il serait facile de citer d'autres épidémies de bataillon.

Tous les médecins militaires qui ont été à même d'observer des faits de cette nature, sont en faveur de la contagion. Nier la contagion de la pelade, nous écrit M. le professeur Vaillard, nous paraît une pure hérésie. Nous avons, dans l'armée, de nombreux faits démontrant la réalité de cette transmissibilité.

" Nous sommes en mesure de dire que ces épidémies existent en permanence et en nombre relativement considérable dans l'armée."

En effet, M. le professeur Vaillard a bien voulu nous faire établir le relevé des cas de pelade qui ont été observés dans les différentes garnisons de nos dix-neuf corps d'armée, pendant les années 1895, 1896 et 1897. Or, on peut faire ressortir de ce travail les faits suivants : la pelade a fait complètement défaut dans deux cinquièmes environ des garnisons. Dans les autres, le chiffre des soldats contaminés a varié de deux dix-millièmes à 3 91 p. 100 : le nombre de celles où le chiffre s'est élevé au-

dessus de 1 p. 100, a été de 17 en 1895, de 5 en 1896, de 11 en 1897. On ne peut invoquer des influences endémiques pour expliquer ces faits, car on voit les garnisons les plus maltraitées pendant le cours d'une année, être complètement indemnes à cet égard l'année suivante ; voudra-t-on expliquer par la fréquence de la pelade ces faits dans lesquels la proportion des sujets infectés s'élève jusqu'à 1 sur 26 ? Mais nous avons vu que dans la pratique civile le chiffre est à peine de 1 sur 1,000, que les cas font complètement défaut dans bonne partie des garnisons ; nous ajouterons qu'il en est d'autres, comme celles de Reims et de Nancy, où l'on n'a guère compté pendant ces mêmes années que 1 peladique sur 5,000 ; cette interprétation ne tient donc pas debout ; la seule explication possible, c'est la transmission, soit par les képis, soit par les instruments de toilette. Ainsi donc, ces épidémies se renouvellent incessamment en nombre considérable, malgré la grande vigilance de mes confrères de l'armée.

(à suivre)

De la balnéation froide dans la fièvre typhoïde des enfants.

CHAUVEAU.

Le traitement de la fièvre typhoïde de l'adulte par la balnéation froide est aujourd'hui d'un emploi courant en France, aussi bien dans la clientèle privée que dans la pratique hospitalière. Beaucoup de médecins hésitent encore à recourir aux bains froids, dans le traitement de la fièvre typhoïde de l'enfant. Certains pédiatres repoussent même systématiquement cette méthode de traitement sous prétexte qu'elle expose les enfants à des chocs nerveux, à la syncope et au collapsus.

L'auteur plaide chaleureusement en faveur de la balnéation froide employée comme méthode systématique du traitement de la fièvre typhoïde de l'enfant. Son éloquent plaidoyer s'appuie sur les nombreuses observations recueillies par le Dr Josias, à l'hôpital des enfants malades et à l'hôpital Trousseau, dans une période de 7 années. Il en résulte que, de toutes les méthodes préconisées dans le traitement de la fièvre typhoïde des enfants, l'emploi systématique du bain froid constitue la médication de choix.

Le bain froid agit à la fois comme antithermique, et comme diurétique ; il favorise l'élimination des déchets toxiques hors de l'organisme. Son action toxique est due en partie à ce qu'il modère la nutrition. D'autre part, une des complications de la fièvre typhoïde, qui aggrave le plus le pronostic de cette maladie, la broncho-pneumonie, perd de sa fréquence et de sa gravité, chez les enfants typhiques traités par la balnéation froide.

Le jeune âge des malades n'est jamais par lui-même, une contre indication à l'emploi de cette méthode du

traitement. Toutefois, il arrive que certains enfants redoutent l'immersion froide au point qu'on est obligé de renoncer aux avantages de la médication balnéaire réfrigérante. La péritonite par perforation ou par propagation constitue une contre indication formelle.

Les bains froids devront être administrés systématiquement, dès le premier soupçon d'une infection typhique.

La température du bain sera de 22° voir de 24° ou de 25° ; quand on a raison de redouter les conséquences d'un choc, trop brusque, pour le muscle cardiaque.

Du reste, il importe d'atténuer, le plus possible, l'impression parfois peu agréable, d'un premier bain.

L'immersion sera prolongée jusqu'à ce que se déclare du frisson, ce qui a lieu généralement au bout de huit à dix minutes, chez les enfants plus âgés.

La température iuterne sera relevée toutes les trois heures, dans le rectum. Sitôt que le thermomètre indique une température supérieure à 39° le petit malade sera immergé dans l'eau froide.

(Gaz. des hop. de Toulouse. — Arch. méd. chir. spéc.)

NEUROLOGIE

Effets favorables de trinitrine dans l'épilepsie.

PELLEGRINI.

L'auteur a institué chez quinze épileptiques, des essais thérapeutiques comparés qui ont consisté à soumettre ces malades, pendant trois mois, à la médication bromurée, puis à les laisser une même période de temps sans aucun traitement et, enfin, à leur administrer, durant trois mois également, de la solution alcoolique de trinitrine à la dose de deux à dix gouttes par jour, en deux prises.

En comparant entre eux les résultats de ces trois séries d'expériences, l'auteur fut à même de s'assurer que, chez tous ces épileptiques, sauf un seul, la trinitrine a eu pour effet de diminuer manifestement le nombre et l'intensité des accès et que, dans la moitié des cas, elle a, en outre amendé sensiblement l'agitation qui précédait ou suivait les crises convulsives. Dix fois, l'action du médicament fut même sensiblement plus favorable que celle des bromures. Enfin, on n'a jamais noté le moindre trouble à la suite de cette médication.

De ces faits, l'auteur croit pouvoir conclure que la trinitrine est appelée à rendre des services dans le traitement de l'épilepsie et qu'il y aurait lieu, notamment, de faire alterner son usage avec celui des préparations bromurées pour éviter de la sorte les graves inconvénients de l'emploi prolongé des bromures à dose élevée, tels qu'affaiblissement de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale et des facultés mentales.

(Ref. méd. — Bull. méd.)

DERMATOLOGIE

Traitement du lupus par des applications de formol.

SCATCHARD (de Boughton)

Dans un cas de lupus nasal datant d'environ 5 ans et qui, à l'occasion d'une bronchite intercurrente, affecta une évolution particulièrement rapide, l'auteur a eu l'idée d'essayer, à titre de palliatif, le formol. Après avoir fait tomber au moyen de cataplasmes toutes les croûtes et avoir analgésié les parties malades en les saupoudrant d'orthoforme, l'auteur badigeonna la région avec un mélange à parties égales d'aldéhyde formique en solution à 40 % et de glycérine. Au bout d'une quinzaine de jours il fut tout surpris de constater que les ulcérations étaient presque complètement guéries et faisaient place à des cicatrices lisses et peu visibles. Deux ou trois points suspects ne tardèrent pas à s'effacer sous l'influence d'une nouvelle application de formaline, et pendant neuf mois le malade ne présenta rien d'anormal. Puis survint une nouvelle attaque de bronchite, suivie de l'apparition de trois petites plaques de lupus dans le voisinage de l'ancien foyer. Cette fois encore un seul badigeonnage à la glycérine formalinée suffit pour amener la guérison dans l'espace d'une dizaine de jours, et depuis lors, on n'a plus eu à enregistrer de récurrence.

(Sem. méd. — Arch. méd. chir. spéc.)

CHIRURGIE

Un cas de mort par rachicocainisation.

M. Broca (Soc. de chir.) rapporte une observation du docteur Prouff, dans laquelle on fit une incision exploratrice au pied pour chercher un corps étranger ; comme la femme était atteinte d'arthrite sèche de la hanche et du genou, M. Prouff pratiqua la rachicocainisation pour se rendre compte de ces lésions ; il injecta 1 cc. d'une solution de cocaïne à 1 %, suivant la technique classique ; l'analgésie fut parfaite et, après le pansement du pied, la malade put même marcher sans difficulté ; une heure après l'injection, elle put vaquer à ses occupations. Mais environ 4 heures après, elle fut prise de rachialgie extrêmement intense et fit rappeler M. Prouff, qui la trouva d'une effrayante pâleur, avec douleurs atroces et pouls incomptable ; le lendemain elle était morte.

M. Nélaton a observé récemment des accidents cardio-pulmonaires fort graves et l'analyse de la cocaïne a montré qu'elle avait subi des altérations qui en ont peut-être été la cause.

M. Rochard confirme le fait rapporté par M. Nélaton ; la cocaïne est souvent altérée, on y trouve, entre

autres, un produit de décomposition, l'ecgonine, qui possède des propriétés analogues à l'atropine.

(*Progrès méd.*)

Ponction lombaire et fracture du crâne.

M. Tuffier. La ponction lombaire, avec examen du liquide céphalorachidien, peut fournir de précieux éléments de diagnostic, de pronostic et peut-être de traitement dans les fractures de la base du crâne et les contusions cérébrales. Dans une première observation, il s'agit d'un jeune homme qui entre avec des accidents épileptiformes consécutifs à un traumatisme crânien. On pense à une fracture. La ponction lombaire donne un liquide céphalorachidien rouge et renfermant une notable quantité de sang. Le malade a succombé dans les 24 heures. Deuxième observation ; c'est une femme âgée, renversée par un automobile et qui présente des signes de contusion cérébrale : stertor, coma. On pense à une fracture de la base du crâne. La ponction lombaire donne un liquide clair. Cette malade guérit.

Troisième observation : un homme tombe d'un arbre, se contusionne la région occipitale ? Sur le moment, il ne présente aucun symptôme. Mais, le lendemain, délire, puis au bout de trois jours coma ; pas de signes de localisation. La ponction lombaire donne un liquide sanguinolent. Ce malade est actuellement dans un état désespéré. En somme, lorsque, dans les cas de contusion cérébrale où le liquide céphalo-rachidien est couleur sang, le pronostic est très grave ; il l'est beaucoup moins dans les cas où le liquide a une coloration rose clair.

(*Ibid.*)

HYGIENE

L'hygiène de la peau chez l'enfant.

(GILLET)

La peau joue à la fois le rôle de protection mécanique pour les organes sous-jacents et celui de barrière opposée aux infections venant du dehors. C'est aussi un organe d'échange par la perspiration cutanée.

A tous ces points de vue, elle intéresse l'hygiéniste. la propreté ne doit pas être regardée comme un chapitre de coquetterie, mais comme un point de nécessité. Son importance décuple chez l'enfant.

Microbes habituels de la peau chez l'enfant. — Il n'y a pas à proprement parler de microbes habituels de la peau. Notre tégument n'entretient pas à sa surface de saprophyte, comme le remarque M. le Dr Sabouraud.

Un microbe ne peut vivre réellement sur la peau sans s'y greffer et produire des lésions. Il n'y a aucune confusion à se sujet.

Lorsqu'on parle de microbe banal, de microbe habituel de la peau, on entend parler d'un organisme que les contacts habituels journaliers laissent se déposer sur notre revêtement cutané. Il y est à l'état de sommeil, de vie latente : mais il n'attend que l'occasion de commencer les hostilités. C'est donc malgré tout un ennemi à surveiller. C'est pourquoi il est bon de savoir à l'avance quelles sont les espèces microbiennes le plus souvent rencontrées.

On rencontre, presque d'une manière constante, le staphylocoque et le streptocoque à l'état permanent.

On ne peut dresser qu'une liste générale, mais telle ou telle circonstance peut faire, que, dans tel ou tel établissement, il y ait soit exclusivité pour un microbe vulgaire, le staphylocoque, par exemple, comme à l'hospice des Enfants-Assistés, soit par exception un germe peu fréquent, comme le pyocyanique, à l'hospice des Enfants-Malades (Gastou).

Chez l'enfant, le colicacille s'y trouve de même, principalement chez les nourrissons, ce qui n'a rien d'extraordinaire, vu la souillure inévitable de la région fessière par les matières fécales.

Voici, d'après MM. F. Balzer et W. Dubreuilh, la liste des principaux parasites habituels de la peau :

Parasites de la sueur :

Zooglyphes rouges ou incolores autour des poils (aisselle, périnée). (EBERTH-BABES).

Microcoques, Diplocoques, Bâtonnets : incolores.

Microsporon minutissimum des plis cutanés (Erythrasma). (BIZZOZERO).

Parasite des matières grasses :

Spores de Melassez (glandes sébacées).

— rondes (barbe).

— ovalaires (cuire chevelu). (BIZZOZERO).

Nettoyage de la peau. — On conçoit que, chez l'enfant bien portant, il suffise de donner des bains simples pour tenir la peau en état de propreté.

A la naissance. — 1er bain. L'enfant naît recouvert d'un enduit gras sébacé.

Pour enlever ce premier enduit, souvent adhérent, l'eau tiède ne suffit souvent pas, il est nécessaire d'employer un corps gras, vaseline, jaune d'œufs.

Après la naissance. — Bains. Au bout de la première semaine environ, se produit une desquamation généralisée et la chute du cordon non influencée par les bains.

Après la naissance, on donne des bains à l'eau tiède, simple ou boriquée, mais sans savon.

Il n'est peut-être pas nécessaire de répéter ces bains tous les jours lorsque l'enfant a dépassé les premiers mois à moins de les réduire à une simple immersion qui facilite le lavage.

Les éponges n'ont aucun avantage, mais constituent une source d'infection ; il est préférable de les remplacer par de la ouate hydrophile qu'on jette après qu'elle a servi.

Tout au plus, peut-on conserver l'éponge pour le

premier nettoyage du périnée, qui enlève les matières fécales qui souillent l'enfant.

Dans la seconde enfance, le *bain* doit se renouveler tous les mois pour entretenir la peau à l'état de propreté. Pour en faciliter l'emploi, on a proposé depuis quelques années déjà de suppléer aux bains chauds de baignoires par des bains par aspersion ou *bains douches* appliqués par Merry Delabost, dès 1873.

C'est une pratique économique très recommandable. Elle fonctionne dans les écoles allemandes, on projette d'installer des appareils *ad hoc* dans certaines écoles de la ville de Paris. Ce serait là un réel progrès qui ne peut que recevoir l'encouragement des médecins. Le lycée Janson-de-Sailly et le lycée Montaigne en sont actuellement pourvus.

Nous devons, comme médecins, prêcher la pratique salutaire de l'hydrothérapie sous toutes ses formes.

Déjà le débarbouillage de la face à l'eau froide constitue une douche en miniature.

Pour les garçons et pour les filles, l'usage régulier d'aspersions froides, du *tub*, doit faire partie des mesures d'hygiène journalières. Il y a là plus que propreté, il y a une pratique salutaire d'endurcissement au froid.

Toilette. — Toilette ne veut pas dire coquetterie, c'est plutôt le contraire; poudre de riz, parfum, pommade, en sont l'antipode.

La toilette hygiénique, c'est l'entretien journalier à l'état de propreté ou d'asepsie des parties découvertes : face, cou, mains ; ou couvertes, pieds, organes génitaux.

La face et le cou sont lavés à l'eau froide, si besoin, avec du *savon non irritant* ; chez le jeune enfant, jamais de *savon*.

Les mains ont besoin parfois, par suite de souillures plus tenaces, d'un nettoyage plus efficace au *savon* et à la brosse.

C'est la brosse qui garantit la propreté des ongles.

Chacun doit avoir ses *ustensiles* à soi.

Un *bain de pied* par semaine représente le besoin habituel.

Laver les pieds à l'eau, laver les jambes, si on ne fait pas usage du *tub*, est une pratique quotidienne pour les enfants.

On doit apprendre aux garçons et aux filles, sans prudence aucune, à se laver chaque jour les organes génitaux. Prépuce et petite lèvre laissent accumuler des produits de sécrétion qu'il faut enlever sous peine de saleté. Il n'y a rien là qui froisse les sentiments, bien au contraire. On empêche par là une cause fréquente d'irritation locale, bien plus malsaine au point de vue moral par les frottements qu'elle provoque de la part des enfants. Notre éducation morale gagnerait à ce qu'il y eût moins de fausse pudeur, plus de nudité de notre corps et moins de crudité dans nos propos.

De quelque endroit de notre corps que ce soit, la propreté en est en grande partie la santé.

Désinfection de la peau. — On comprend que le la-

vage, que les bains puissent contribuer à créer une certaine aseptie, comme moyens mécaniques, mais il y a loin de là à une désinfection systématique.

L'antiseptie de la peau, si désirable à obtenir chez l'enfant malade, ne se réalise qu'avec peine. Les moyens varient selon qu'on désire l'antiseptie partielle, c'est-à-dire d'une région donnée, ou bien qu'on veut faire la désinfection de la totalité de la surface cutanée.

Antiseptie partielle de la peau. — Lorsqu'on doit pratiquer une opération chez l'enfant, comme chez l'adulte, on doit, avant toute intervention opératoire, assurer l'antiseptie de la région.

On commence par faire le décapage de la peau à l'eau tiède et au *savon* avec une brosse dure.

On essuie avec un linge aseptique, compresse bouillie ou stérilisée, ou antiseptique, compresse phéniquée, boriquée, etc.

Pour enlever toute trace de corps gras, on frotte la peau avec un tampon d'ouate imbibée d'éther.

On a ainsi obtenu l'asepsie qui suffit.

Si l'on veut rendre la peau antiseptique, dans la crainte que l'asepsie primitive n'ait pas été parfaite, on passe sur la peau de l'alcool à 90°, ou une solution antiseptique, acide phénique à 5 p. 100, sublimé à 1 p. 100 et on laisse en place une compresse imbibée de la solution pour ne la retirer qu'au moment où on commence à opérer.

Antiseptie totale de la peau. — On n'y parvient que par les bains antiseptiques.

Bains antiseptiques. — Pour pratiquer l'antiseptie de la surface cutanée, on peut composer des bains avec les principaux antiseptiques ; les bains antiseptiques d'emploi courant sont :

Le bain savonneux au *savon mou* de potasse ;

Le bain à l'acide-borique à 5 p. 100.

Le bain au sublimé, qui est le plus actif, mais qu'il ne faut ordonner que chez des sujets à peau intacte. Il ne faut pas mettre plus de 2 grammes par bain pour les jeunes enfants.

A l'hospice des Enfants Assistés, M. Hutinel prescrit le mélange suivant :

Liquueur de Van Swieten..... 1 litre.

Eau commune tiède 14 —

Pour un bain à donner dans une baignoire émaillée ou en bois.

Savonnages et frictions. — Lorsque des conditions matérielles empêcheront l'administration des bains, il faudra au moins exiger un grand savonnage, des pieds à la tête, au *savon* noir et à l'eau tiède, et une friction de la surface cutanée avec une solution antiseptique.

Oncions. — A côté des bains, et concurremment à ceux-ci, l'antiseptie cutanée s'obtient par des onctions pratiquées au moyen de pommades diverses, dont les plus simples sont les suivantes :

Vaseline blanche..... 20 grammes.
Acide borique finement pulvérisé 1 —

ou encore :

Vaseline blanche..... 20 grammes.
Acide borique..... 1 —
Menthol..... 0,50 cent.

Ou encore la vaseline phéniquée au dixième ou sublimée à 0,10 p. 100.

Les parties pileuses de la peau et le cuir chevelu méritent une mention spéciale.

Soins de propreté. — Chaque sujet doit avoir des objets de toilettes personnels, brosse, peigne.

Chez les garçons, les cheveux seront tenus ras et le cuir chevelu sera savonné de temps en temps au savon ou à la décoction de bois de panama.

Chez les filles, même savonnage et peignage soigné pour éviter les parasites.

Chez les bébés, la crasse, les gales, qu'on laisse accumuler sur leur tête et qui foisonnent de spores (F. Balzer et W. Dubreuilh), devront toujours être enlevés, soit par un savonnage à l'eau chaude, après macération de quelques minutes avec du savon de potasse léger, ou avec un corps gras.

Cette accumulation séborrhéique peut causer l'impétigo et l'eczéma impétigineux des nourrissons.

(Hyg. infan. indivi. — J. méd. de Paris)

THERAPEUTIQUE

De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain réfractaire ou résistant hyperacide et arthritique

par M. le Docteur SAMUEL BERNHEIM.

Tous les anatomo-pathologistes ont rapporté de nombreuses autopsies où ils ont pu constater la transformation fibreuse ou calcaire de granulations tuberculeuses chez des sujets qui ont subi autrefois une attaque du bacille de Koch et qui ont guéri spontanément.

Tous les phthisiologues reconnaissent aujourd'hui que cette guérison spontanée de la tuberculose reconnue sur la table de Morgagni peut se réaliser cliniquement et thérapeutiquement lorsque le malade se soumet avec docilité à un régime diététique, hygiénique et médicamenteux fort long et souvent fort pénible à suivre. Mais, ajoutent ces mêmes cliniciens, tout dépend du terrain, de ses qualités, de ses résistances. Il nous a donc paru très intéressant d'examiner d'une façon particulière l'état de cet organisme et de voir si on ne peut pas exercer une action sur lui, afin de créer artificiellement ce que la nature réalise spontanément.

Avant d'entrevoir aucune conclusion, même de risquer aucune hypothèse touchant la thérapeutique nouvelle de la phthisie pulmonaire, nous allons examiner dans cette étude :

1° Quels sont les caractères du terrain tuberculeux ;
2° S'il existe un terrain qui, naturellement, présente un certain degré d'antagonisme ou une somme supérieure de résistance vis-à-vis de l'invasion bacillaire ;
3° Quels sont les caractères de ce terrain naturellement réfractaire ou résistant, et en quoi ils diffèrent de ceux du sol tuberculeux.

Nous nous demanderons, ensuite, s'il est possible de créer, sur le modèle du sol réfractaire naturel, un terrain artificiel analogue. Et nous chercherons les moyens pratiques d'arriver à cette substitution.

I

Caractères du terrain tuberculeux. — Tout d'abord, il est permis de se demander s'il existe d'une part un terrain particulièrement vulnérable à la tuberculose, de l'autre un terrain particulièrement résistant.

Il est certain que, à prendre au sens absolu les termes de *tuberculisable* et de *réfractaire*, la question ne comporte pas une réponse affirmative. Tel qui, de par son apparence débile et un ensemble de symptômes extérieurs qui sont arrivés peu à peu à constituer dans l'opinion des médecins le facies du candidat de la tuberculose, paraît voué fatalement à l'atteinte du terrible mal, fournit quelquefois une longue carrière sans accidents tuberculeux et finit par étonner par sa résistance même.

Tel autre, qui semblait taillé dans le roc et invulnérable aux maladies de langueur devient, contre toute attente, la victime de la tuberculose et ne lui fournit qu'une résistance très brève.

On a pu dire, en ce sens, que personne n'était à l'abri de ses atteintes et que chacun devait s'attendre à lui payer un tribut. Théoriquement, ces remarques sont vraies.

À n'envisager que l'exception, on peut dire, en effet, qu'il n'y a pas de facies tuberculeux, qu'il n'y a pas de terrain voué fatalement à la tuberculose ; — qu'il n'y a pas non plus d'individu, de tempérament, de race réfractaire à ses attaques.

Mais la clinique ne vit pas d'exception ; elle ne saurait souscrire aux remarques, aux formules absolues ; et de l'ensemble de ses observations empruntées, à l'expérience de praticiens de tous les temps et de tous les pays, elle arrive à des conclusions dont la valeur pratique relative est plus utile aux déductions de la thérapeutique.

Les observations cliniques établissent deux faits ;
Il y a un terrain tuberculeux, un tempérament, une constitution qui semble plus vulnérable à ce qu'on appelait autrefois une diathèse :

Il est des individus dont, par centre, la constitution

semble peu prédisposée à l'invasion bacillaire, et qui touchés par elle, semblent lui fournir une plus longue et plus efficace résistance.

De quoi donc sont faits l'un et l'autre tempéraments ?

Nous ne nous attarderons pas à en décrire les caractères extérieurs, le facies du tuberculeux. Aussi bien ces signes sont-ils connus depuis longtemps, et de peu d'utilité pour les indications thérapeutiques qu'on en peut déduire.

Ce qu'il importe d'avantage, c'est de pénétrer dans la nature intime du terrain tuberculeux, de connaître les caractères bio-chimiques de l'organisme candidat à la tuberculose.

Riche, en 1897, remarqua que les enfants nés de mères tuberculeuses et indemnes pour leur compte de lésions tuberculeuses constatables, avaient une urine plus toxique que l'urine ordinaire des nouveau nés, dont la toxicité est, on le sait, à peu près nulle ;

Qu'ils présentent une sensibilité plus grande aux poisons, sans doute parce que cette toxicité avec reins perméables correspond à une toxicité humorale plus grande, condition favorable à l'infection.

Si l'on dose dans ces urines de rejetons en imminence de tuberculose du fait de leur hérédité morbide le carbone et l'urée, on les voit fléchir.

Charrin a montré que le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total est, chez les issus de tuberculeux, de 0,70 à 0,74, au lieu d'être de 0,8 à 0,9.

Les enfants tuberculisables assimilent mal, fixent insuffisamment les albuminoïdes et perdent, dans leurs fèces, 0,15 centigr. d'azote au lieu de 0,03 centigr. chiffre normal chez l'enfant sain.

Le Dr Papillon, dans le service du professeur Potain, a observé certains signes intéressants chez les chlorotiques, candidats de la tuberculose.

Le rapport entre le poids du corps exprimé en hectogrammes et la taille exprimée en centimètres est inférieur à trois, chiffre normal. La capacité respiratoire est au-dessous de 3 litres, pour un sujet de taille moyenne, et de 2 litres 1/2 pour une personne de petite taille. Le périmètre de la poitrine est inférieur à la moitié de la taille.

Enfin, la pression sanguine est notablement diminuée : au lieu de 15 à 18 centim. de mercure, chiffre normal, la tension artérielle est constamment inférieure à 13, et descend assez souvent à 10.

M. Papillon attribue cette hypotension aux toxines tuberculeuses qui produisent, ainsi que l'ont démontré les expériences faites avec la tuberculine, une ataxie générale du système cardio-vasculaire.

* * *

Etat chimique de la nutrition chez le tuberculeux. — Mais, plus encore que ces notions tirées des signes physiques ou des échanges respiratoires chez le tuberculeux

celles que nous fournit l'étude chimique de sa nutrition sont importantes.

On sait qu'il existe des relations intimes entre le sol minéral et le sol azoté d'un organisme.

"... On sait, dit très bien le Dr Boureau, qu'en cela semblables à la plante, n'en différant que dans ce fait que notre sol est intérieur tandis que pour la plante il est extérieur, nos échanges organiques se font sur une base cellulaire qui se compose, d'un côté, de matières minérales, de l'autre, de matières azotées.

La proportion de ces principes constituants varie, et telle composition chimique de l'organisme favorable à une maladie peut être incompatible pour une autre.

C'est là peut-être le motif de la résistance de certaines espèces aux parasites.

"Entre le chien, dont les plaies ne suppurent jamais, et le cheval, qui suppure en tout propos, il y a une différence native due au terrain.

"Pourquoi n'en serait-il pas de même des individus ?

"Le rapport de ces deux groupes, matières minérales, matières azotées, est variable dans les limites d'un état normal au delà desquelles la vitalité se modifie et devient morbide."

Gaube cite, des ces influences chimiques, de curieux exemples : "Je choisis, dit-il, une lapine après copulation, je la soumets à une alimentation contenant fort peu de matières minérales, cellulose, fécule, etc. J'ajoute comme boisson de l'eau distillée. La durée de l'accouchement est de une à quatre journées, alors qu'elle est d'un quart d'heure à l'état normal ; les petits sont trois fois moins longs ; leur peau est faite d'une membrane glabre, gélatineuse ; les muscles sont à peine dessinés, les os sont mous, les griffes sont rudimentaires, les incisives supérieures et inférieures leur manquent à la naissance, alors que tous les lapins bien portants, viennent au monde avec ces dents.

"On a créé la *misère minérale*.

"Semez dans un vase, sur un lit de sable, lavé et humecté d'eau distillée, un grain de blé : il fructifiera pauvrement. C'est une débilité native originelle.

"Prenez un des grains et semez dans les mêmes conditions, il ne fructifiera pas. Les réserves minérales transmises par les ascendants sont épuisées, l'espèce s'éteint, vous avez modifié le rapport des minéraux et de l'azote."

Quelles sont donc, chez le tuberculeux, les proportions respectives d'azote et de matières minérales ?

* * *

Le tuberculeux est un déminéralisé. — L'urine, selon l'expression de Fourcroy, n'étant que la lessive du corps, et reflétant l'état humain de tout l'organisme, peut facilement servir de base à cette étude.

Comme le fait remarquer le Dr Boureau, "c'est

appliquer à l'homme le procédé d'étude du sol terrestre par les eaux de drainage."

M. A. Robin a étudié les rapporté, qui normalement doivent exister entre les matières minérales et les matières azotées. A l'état de santé, l'azote total reste toujours au-dessous de la somme totale de la matière minérale ; si l'azote se rapproche du coefficient de minéralisation, cela indique une perturbation de l'organisme ; et l'organisme est d'autant plus menacé, il se défend d'autant moins que le taux d'azote se rapproche davantage du taux de matières minérales.

On peut donc poser les conclusions schématiques suivantes :

Az. < matières minérales = état physiologique.

Az. = matières minérales = maladie.

Az. > matières minérales = grand danger.

D'où il suit que la mesure de la minéralisation de l'organisme peut être, en quelque sorte, la mesure de la résistance.

Le terrain normal renferme d'après Gaube :

Azote.....	15.24
Matières minérales.....	18.50

M. Boureau trouve, pour le terrain tuberculeux, une moyenne de :

Azote.....	10.11
Matières minérales.....	" .09

D'où il suit que le terrain tuberculeux est un terrain déminéralisé.

Le phtisique est en état de *misère minérale*, comme la lapine et le grain de blé cités plus haut.

* * *

Le sol tuberculeux est pauvre en chlorures ; pauvre en phosphates. — Mais il y a plus.

Le sol tuberculeux n'est pas seulement déminéralisé ; il est encore déchloruré, ainsi que le montre l'urine des malades, chez qui la moyenne de chlore est de 2.90, au lieu de 6 0/0, chiffre normal.

Le terrain tuberculeux est, en outre, un terrain qui se déphosphatise : Hariel et G. Daremberg ont montré la relation étroite qui existe entre la tuberculose et la phosphaturie. Quand la dénutrition commence chez le phtisique, dit Teissier, elle se révèle par la phosphaturie.

Au début, un tuberculeux perd 3 centigrammes de phosphate par litre d'urine ; et la phosphaturie ne s'arrête qu'à la cachexie.

* * *

Acidité. — Enfin, un dernier fait d'observation clinique et de laboratoire sur lequel nous avons déjà à plusieurs reprises appelé l'attention c'est l'extrême fréquence — nous devons même dire la constance eu égard aux

résultats de nos analyses personnelles — de l'hypoacidité urinaire chez le tuberculeux.

C'est un fait qui nous semble de toute première importance, d'abord parce qu'il établit que le chimisme humoral chez le tuberculeux est précisément de réaction inverse de celle qu'on lui a longtemps supposée, ensuite parce qu'il nous semble désormais avoir servi de base à une thérapeutique nouvelle de la tuberculose, plus rationnelle, plus pathogénique — et, si nous en jugeons par les résultats déjà acquis par nous — infiniment plus efficace que toutes les thérapeutiques jusqu'ici suivies.

* * *

1° *Arguments prouvant que le taux de notre hyperacidité humorale est la mesure de notre résistance à l'infection.* — Naguère encore, en effet, à la suite des travaux de Bouchard et de ses élèves, on considérait le taux de notre alcalinité humorale comme la mesure de notre résistance aux infections. L'hyperalcalinité était la meilleure défense que nous puissions opposer aux invasions microbiennes et c'est elle que, thérapeutiquement il semblait, à priori, utile de réaliser.

Nous ne pouvons ici rappeler tous les arguments théoriques que les promoteurs de cette théorie avançaient pour le soutenir.

Mais, en outre des arguments qu'on lui a récemment opposés et que nous avons nous-mêmes formulés, il est bien permis de s'étonner d'une chose : c'est que cette théorie de l'hyperalcalinité défensive n'ait pas été combattue plus tôt.

(à suivre)

FORMULAIRE

POTION TONI-DIGESTIVE.

Eau de mélisse.....	100 gram.
Extrait fluide de coca.....	30 —
Vin de Xérés.....	10 —
Saccharolé de citron.....	5 —
Bicarbonate de soude.....	2 gr. 50 c.

Prendre trois cuillerées à café par jour.

(J. de méd. de Paris.)

MIXTURE ANALGESIANTE POUR CAUTERISER LA CAVITE INTRA-UTERINE.

Gaiacol et glycérine..... 88

Tremper dans cette mixture une mince couche d'ouate enroulée sur l'hystéromètre pour badigeonnages de la cavité intra utérine dans la métrite catarrhale.

Travaux Originaux

DE L'INTERVENTION INTRA-ABDOMINALE DANS L'INVERSION UTERINE IRRÉDUCTIBLE. NOTE COMPLÉMENTAIRE.

Par M. T. BRENNAN, M. D.

Professeur de gynécologie à l'université Laval ;
gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.

L'année dernière nous rapportions (*Revue médicale du Canada, vol. 4 p. 57, 22 août 1900*) un cas d'inversion utérine irréductible traité, le 5 août 1900, par une nouvelle opération intra-abdominale. La malade guérit très bien.

Quelques mois plus tard, il nous fut donné d'opérer un second cas par le même procédé. Cette fois, la malade était sous le coup d'une infection puerperale avancée, avec manifestations générales des plus alarmantes. L'utérus s'est bien réduit, et la malade semblait aller bien, quand, deux jours après, elle succomba à un œdème pulmonaire. La pièce enlevée à l'autopsie, montra l'absence d'infection intra-péritonéale visible macroscopiquement.

Il suffit de réintroduire les planches qui accompagnaient notre première note pour faire comprendre la technique suivie dans ces deux cas. (Voir figures 1, 2, 3)

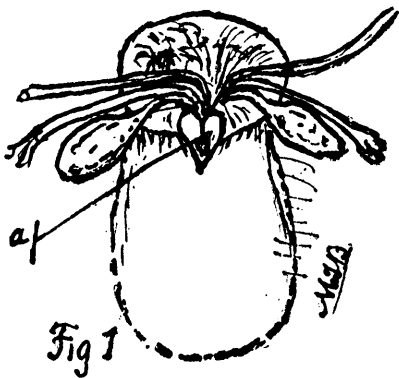
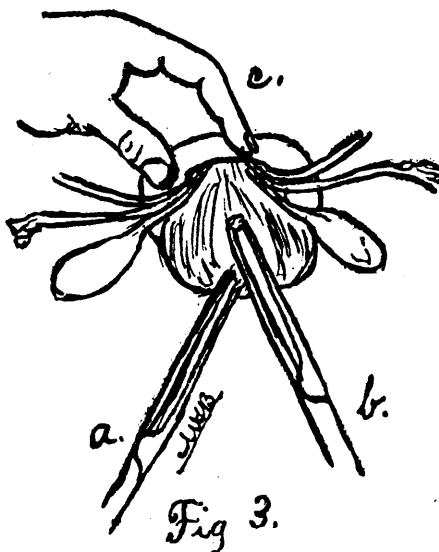
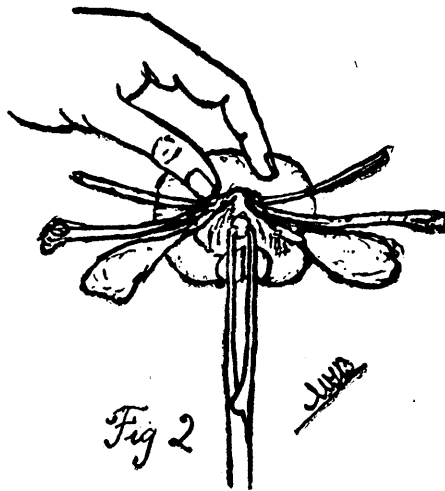


Fig. 1 — Montre en a l'incision libératrice sur la lèvre postérieure de l'anneau constricteur.

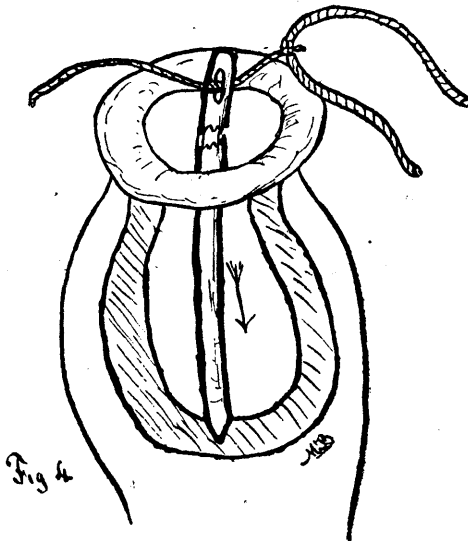
Dans notre second cas, l'utérus était très friable et nous avons eu plus de difficulté à réduire.

Afin d'éviter tout délabrement inutile et dangereux, nous nous proposons, à l'avenir, dans des cas semblables, de ne plus employer de pinces à traction, mais d'adopter la technique suivante :

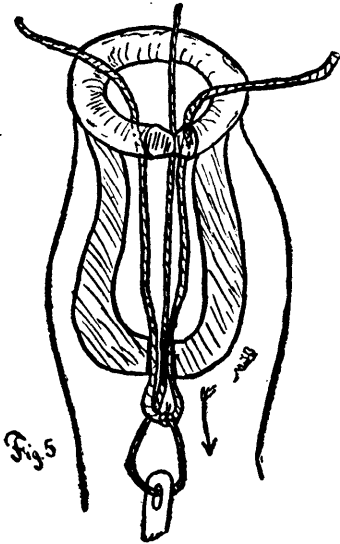
- 1° Asepsie de la vulve et du vagin.
- 2° Laparotomie médiane. Trendelenburg au besoin.
- 3° Glisser dans la coupe formée par l'utérus retourné



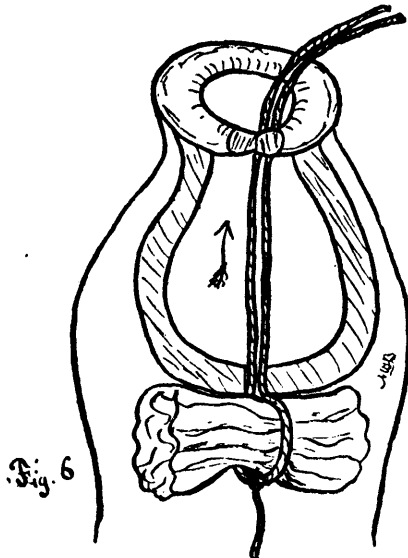
en doigt de gant un trocart portant un chas à une extrémité ; perforer le bas fond, c'est-à-dire le fond de l'organe interverti. (Fig. 4).



4° Faire ressortir par le vagin ce trocart et à sa suite l'anse d'une grosse soie (erin, ou fil d'argent) qu'un second fil relie au trocart — fil destiné à enlever la grosse soie par le vagin, une fois la réduction opérée. (Fig. 5).



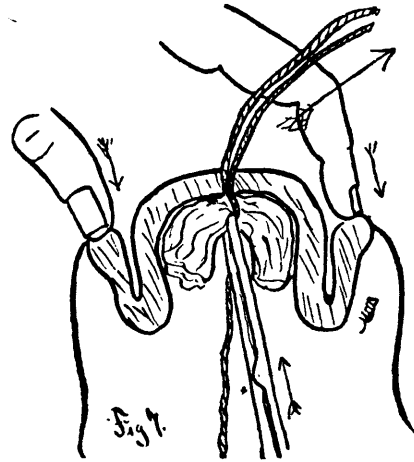
5° Engager dans l'anse de la grosse soie un fort bourrelet de gaz aseptique. (Fig. 6).



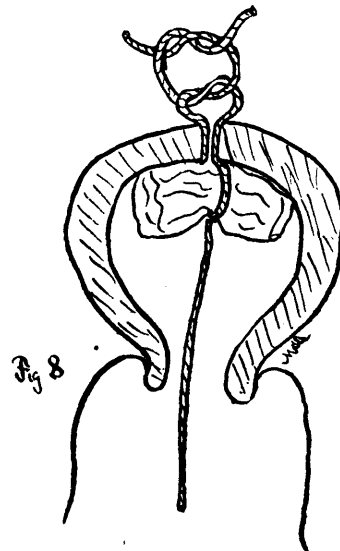
6° Réduire l'inversion par des tractions sur l'anse ainsi chargée, par la contrepression des doigts sur l'anneau constricteur et par la pression de la main d'un aide, ou d'une pince tenant la gaze à travers le vagin. (Fig. 7)

Il va de soi qu'il faudra prendre toutes les précautions pour éviter une contamination par le fil qui remonte par l'ouverture de la ponction.

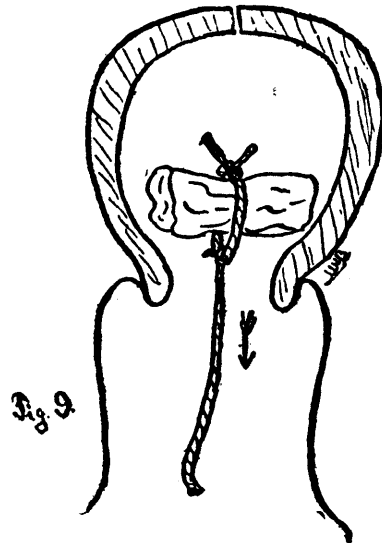
7° Une fois la réduction opérée (Fig. 8), enlever par le vagin, au moyen du second fil, et l'anse de soie nouée et le bourrelet de gaze. (Fig. 9).



8° Cantérisation de la piqure avec de l'acide carbonique pur et neutralisation à l'alcool, puis suture au catgut.



9° Désinfection de la cavité utérine — curage préalable au besoin — à l'acide phénique à 95% suivi de lavage abondant à l'alcool à 95°.



Comme nous le disions lors de notre première note, malgré que cette opération mette en communication avec la cavité péritonéale, l'intérieur d'un utérus parfois septique, nous croyons qu'avec des précautions usuelles, elle puisse rendre des services précieux dans les inversions irréductibles, où l'hystérectomie ne trouve pas une indication formelle.

200, rue Saint-Hubert, Montréal.

Revue des journaux

MÉDECINE

Rapport sur un travail de M. Dezautière intitulé :

Une épidémie de pelade.

M. H. HALLOPEAU, rapporteur.

(Suite.)

Arrivons enfin aux épidémies scolaires, elles ne sont pas moins certaines et démonstratives : c'est ainsi que le professeur Tommasoli, de Palerme, a vu l'entrée dans une école de jeunes filles d'une élève atteinte de pelade et non traitée par les parasitocides en raison de la théorie tropho-névrotique régnante, être suivie de la contamination de 15 autres enfants.

Bowen a vu dans des conditions analogues 63 enfants sur 67 devenir peladiques.

Blaschko a observé l'alopecie en aires chez 8 enfants d'une école communale : le père d'une de ces enfants était coiffeur, et avait coupé les cheveux à plusieurs de ceux qui ont été atteints.

Nous attirerons tout particulièrement l'attention parmi ces épidémies scolaires, sur celle que relate M. Dezautières, dans le travail qui fait l'objet de ce rapport : deux enfants arrivent de Paris, dans l'école communale de la Machine, au Creusot, atteints de pelade : peu de temps après, huit autres enfants y contractent cette même maladie ; tous travaillent dans une même petite classe : l'instituteur lui-même devient peladique : la maladie se transmet simultanément à l'autre école du pays, l'école Schneider, et bientôt six enfants en présentent les marques ; enfin les parents des élèves atteints ne restent pas indemnes, et en peu de temps cinq d'entre eux deviennent également peladiques ; la transmission paraît s'être faite, pour les enfants, par l'intermédiaire des bérêts qui passent incessamment d'une tête à une autre et, pour ce qui est des adultes, par le coiffeur commun. S'agit-il bien de la pelade vraie, et non d'alopecies consécutives soit à des traumatismes, soit à d'autres af-

fection du cuir chevelu ? Il ressort de la description de M. Dezautières, que les caractères cliniques des plaques dénudées étaient bien ceux qui appartiennent à la pelade : c'étaient des alopecies nettement cerclées, dont les dimensions variaient de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de cinq francs, il y a même eu des cas de déglabration presque complète.

M. Dezautières a eu raison de cette épidémie en traitant les plaques dénudées par une pommade au biiodure, et en isolant les sujets atteints.

Lailler a cité également une épidémie scolaire : un enfant entre à l'école Monge atteint de pelade, il y eut bientôt dans l'école une douzaine de cas. Niera-t-on la compétence de ce maître en dermatologie ?

M. H. Fournier a vu simultanément se produire un certain nombre de cas de pelade dans de grandes agglomérations qui ont été : 1° un pensionnat de jeunes filles ; 2° un pensionnat de religieuses ; 3° une école de Frères ignorantins ; 4° trois grands magasins : dans l'un d'eux, M. H. Fournier a donné des soins en même temps à plus de vingt personnes ; 5° une gare de marchandises ; après l'apparition simultanée d'un certain nombre de ces cas, de nombreux employés se sont succédés à la clinique de notre confrère, pendant plusieurs années consécutives.

Les tentatives d'inoculation de la pelade à l'homme ne sont pas toujours restées infructueuses : nous en avons pour témoin le fait suivant, rapporté par Blapchko au congrès dermatologique de Londres en 1896 : un malade, atteint depuis deux ans d'une pelade très étendue du cuir chevelu, fait sur l'un de ses bras une friction avec des pellicules obtenues par le grattage d'une de ses plaques ; il les renouvelle plusieurs jours de suite ; trois semaines après, il s'aperçoit qu'une plaque dénudée, grande comme une pièce de cinq marks, s'est développée dans la partie frictionnée ; les poils qui y persistent sont cassés, ou se laissent facilement enlever avec la pince ; les jours suivants, la dénudation se complète ; la marche ultérieure des accidents a montré qu'il s'agissait bien d'une véritable manifestation peladique : en effet, au bout de quelques semaines les poils ont recommencé à pousser blancs, phénomène caractéristique : selon toute vraisemblance, la maladie a été transmise au bras par la friction, car on n'a nulle part ailleurs constaté de manifestation de cette nature en dehors du cuir chevelu, pendant les années où le malade a été tenu en observation, et, d'autre part, la dénudation s'est produite exactement dans la partie frictionnée.

Il résulte de cette expérience, que *la pelade est auto-inoculable*.

La pelade se comporte cliniquement comme une maladie parasitaire ; c'est ainsi que chacune de ses plaques présente une marche régulièrement excentrique, que l'on voit de petites plaques se développer successivement, au voisinage de celles qui préexistent ; ces proliférations locales, autrement dit ces auto-inoculations

appartiennent en propre aux dermatoses de nature infectieuse.

7° Enfin, l'action du traitement vient encore fournir un argument de premier ordre en faveur de la théorie parasitaire : livrées à elles-mêmes, ou soignées par des topiques insuffisamment actifs, les plaques de pelade présentent le plus souvent une tendance à s'accroître et à se multiplier plus ou moins rapidement, suivant les sujets c'est ainsi que l'on peut voir survenir en pareil cas une déglabration générale.

Si, au contraire, on combat énergiquement la maladie par des parasitocides appropriés, on voit constamment la multiplication et l'agrandissement des plaques s'arrêter, en même temps que des poils follets apparaissent sur les plaques dénudées, pour faire place ultérieurement à des cheveux adultes, pigmentés ou non ; et on n'est pas en droit de mesurer, comme on a voulu le faire la puissance de ces topiques au degré d'irritation qu'ils produisent, car il en est, comme le pétrole, dont l'action phlogogène est nulle.

Nous n'avons jusqu'ici aucune donnée positive sur la nature de l'agent pathogène de la pelade. M. Sabouraud a eu le mérite d'établir que la pelade de l'adulte coïncide constamment avec la présence en quantité énorme dans le cuir chevelu du microbacille séborrhéique qu'a fait connaître Unnar. Nous croyons avoir établi, dans la discussion qui s'est élevée à cet égard au sein de la Société de Dermatologie, que ce parasite n'est pas en cause, le véritable agent infectieux reste indéterminé : ce que l'on sait seulement, d'après les observations cliniques et anatomo-pathologiques, c'est qu'il siège dans la profondeur du derme, et plus particulièrement dans les follicules pilo-sébacés, en même temps que la surface de la peau, et qu'il y présente une adhérence telle qu'il ne peut être transporté à distance par les courants atmosphériques ; ces données nous paraissent ressortir, en toute évidence, des conditions dans lesquelles se produit la transmission de la pelade.

Le contraste frappant qui existe entre les épidémies de classe ou de bataillon, dans lesquelles de nombreux sujets se trouvent peladiques simultanément, et les cas de longue cohabitation dans lesquels la transmission fait complètement défaut, peut s'expliquer par la différence des conditions dans lesquelles vivent et surtout se coiffent les individus.

Il est une objection cependant à laquelle nous devons répondre : ces épidémies de pelade n'existeraient pas ; leur histoire ne reposerait que sur des erreurs de diagnostic ; les médecins insuffisamment éclairés, prendraient pour de la pelade des plaques d'alopécie de toute autre nature.

Mais il suffit d'un examen un peu attentif pour éviter de pareilles erreurs : dire qu'il n'y a jamais eu que de fausses épidémies de pelade, c'est révoquer en doute l'instruction d'un grand nombre de médecins éminents parmi lesquels des dermatologues comme Vidal et Lail-

ler, de nombreux médecins militaires, quatre membres au moins de cette Académie et même le professeur Kaposi, de Vienne, qui, bien qu'anticontagionniste, a donné au dernier Congrès la relation d'une de ces épidémies scolaires : nous ne pouvons croire à une pareille généralisation d'erreurs.

Une autre hypothèse a encore été émise : l'on confond, a-t-on dit, sous le nom de pelades, plusieurs maladies différentes, ayant pour caractères communs de donner lieu à des dénudations circulaires des régions pilaires ; il y en aurait au moins deux, l'une transmissible, l'autre non contagieuse ; c'est à cette manière de voir que se sont rattachés M. Brocq et Sabouraud dans des publications récentes. Sabouraud admet l'existence d'une pelade qu'il appelle ophiasique et dont la contagiosité serait au moins des plus douteuses ; nos propres observations ne nous permettent pas de nous rattacher à cette manière de voir : nous avons constaté maintes fois que des plaques de pelade vulgaire coïncidaient avec cette forme dite ophiasique. M. Kaposi attribue à l'alopécie épidermique, qu'il considère comme une pseudo-pelade, le caractère d'être constituée par des plaques moins régulièrement discoïdes et plutôt irrégulièrement oblongues. Nous n'avons rien observé de semblable dans l'épidémie dont il nous a été donné, il y a quelques années, d'observer vingt-sept cas dans la maison des Loges ; de même dans l'épidémie du Creusot, qui fait l'objet de ce rapport, on a vu la maladie franchir les limites des agglomérations, pour gagner les localités voisines. M. le Dr Dezautières n'a reconnu aucun caractère particulier aux cas ainsi colportés.

Ainsi donc, si l'on élimine les erreurs de diagnostic qui peuvent être nombreuses, mais non englober tous les faits, il semble bien qu'il s'agisse toujours d'une seule et même maladie.

Au point de vue de sa contagiosité il faut tenir le plus grand compte des faits négatifs : ils prouvent que la pelade ne se transmet que dans certaines conditions dont la principale paraît être un contact intime entre la plaque contaminée ou ses produits de desquamation et les régions pilaires de l'individu infecté ; ce contact se fait le plus souvent, soit par l'intermédiaire de instruments de toilette tels que les peignes, les brosses à cheveux, les rasoirs et surtout la tondeuse, puissant instrument de propagation dans les casernes et les établissements scolaires ; ou par celui des coiffures, képis dans l'armée, bérets ou casquettes dans les pensionnats ; ou enfin par celui de pièces d'étoffes, par exemple celles qui recouvrent le dos des sièges et celles qui tapissent les parois des voitures ou des compartiments de chemin de fer.

En dehors de ces contacts directs ou indirects, mais intimes, la transmission ne se fait pas et il ne semble pas que ces contacts, lorsqu'ils ont lieu, transmettent nécessairement la maladie ; c'est du moins ce que semblent enseigner ce cas dans lesquels des conjoints partagent

pendant des années le même lit sans se communiquer leur pelade, et les faits de même nature que l'on observe dans des agglomérations, surtout si les règles prophylactiques de l'hygiène y sont rigoureusement appliquées. Peut être un sujet n'est-il accessible à la contagion que s'il présente des conditions de réceptivité encore indéterminées, réalisant sans doute un terrain de culture à l'agent parasitaire inconnu qui est la cause du mal.

L'absence de la transmission dans les conditions qui viennent d'être indiquées ne doit pas plus nous surprendre pour la pelade que pour la syphilis. Voyons-nous jamais cette maladie se transmettre aux sujets couchés dans nos salles d'hôpital ? Pour ma part, je n'ai jamais rien observé de semblable. Je ne parle pas ici des chirurgiens ni des médecins. Est-ce une raison pour dire qu'elle n'est pas contagieuse ? n'en est-il pas de même pour le molluscum contagiosum malgré son nom ? pour le chancre simple ? pour la lèpre ? La seule conclusion que l'on puisse tirer de ces faits négatifs, c'est, nous le répétons, que l'agent infectieux de la pelade ne se transmet pas par l'air atmosphérique et que des contacts intimes sont nécessaires pour la propager.

Il faut tenir grand compte des faits que nous venons d'exposer au point de vue des mesures de prophylaxie qui doivent être mises en œuvre contre cette maladie.

Ainsi que l'a fait remarquer récemment M. Brocq, celles que l'on emploie généralement sont réellement vexatoires : on prive pendant des mois, ou même des années, si une médication appropriée n'est pas mise en œuvre, les enfants de l'école ; on les isole comme des parias ; ils ne peuvent, dans les promenades publiques, partager les jeux de leurs camarades ; s'il s'agit d'employés de magasins ou d'administrations, on leur impose un congé qui atteint toujours plusieurs mois et leur est ainsi éminemment préjudiciable.

Doit-on continuer à agir de la sorte ? nous n'hésitons pas à répondre par la négative.

M. Besnier s'est prononcé énergiquement dans le même sens dans les conclusions de son rapport ; nous ne pouvons que nous rattacher à ce qu'il a dit excellemment à ce sujet et à proposer de maintenir dans leurs grandes lignes les conclusions si judicieuses dans lesquelles, il a tenu compte à la fois des intérêts de l'hygiène publique et de ceux des sujets atteints.

Malheureusement, elles ne paraissent pas avoir été comprises dans ce sens, si l'on en juge par la conduite qui est tenue envers les pèladiques ; il est temps de réagir contre les pratiques nuisibles que nous avons signalées, il appartient à l'Académie d'en prendre l'initiative ; nous lui demandons de vouloir bien nommer une commission qui sera chargée de revoir à ce point de vue les conclusions qui ont été votées en 1888 et d'en donner de nouveau connaissance aux pouvoirs publics.

Arrivé au terme de cette étude, nous proposons à

l'Académie d'adresser des remerciements à M. le Dr Dezaudières pour son travail et de classer celui-ci honorablement dans ses archives.

(Bull. de l'Acad. de méd.)

Les trois hypertensions.

par M. HUCHARD (Soc. thérap.)

Il existe trois sortes d'hypertension dont l'importance clinique est considérable. Ce sont l'hypertension artérielle, l'hypertension pulmonaire et l'hypertension portale.

La première est connue depuis longtemps. Elle précède et produit la sclérose ; elle constitue la période dite de la présclérose se manifestant uniquement par une augmentation de la pression artérielle. En instituant à cette période un traitement préventif énergique, il devient possible d'éviter le développement des cardiopathies artérielles et des autres affections liées à l'artériosclérose. Cette thérapeutique comprend le régime lacto-végétarien, l'usage de certains médicaments hypotensifs, tels que le veratrum, les nitrites, l'hopothérapie hépatique et thymique, et le massage qui agit en même temps comme antitoxique (en favorisant l'excrétion des déchets des échanges intra-organiques accumulés dans les muscles) et comme une sorte de saignée interne.

L'hypertension pulmonaire s'observe dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux et dans les affections gastriques. Elle provoque le syndrome de l'arythmie palpitante qui est aggravé par la digitale.

La troisième hypertension est chose nouvelle, puisqu'elle est de connaissance ancienne et oubliée. C'est la stase portale ou pléthore abdominale des anciens auteurs, cause fréquente du gros foie, de troubles intestinaux, de bronchites à répétition, du rein torpide, des hémorroïdes, de l'obésité, etc. En immobilisant dans l'abdomen une masse considérable de sang, la stase portale produit des symptômes morbides variés relevant à la fois de l'anémie de l'hypertension artérielle et d'une auto-intoxication par anémie. En effet, il est établi actuellement, aussi bien par insuffisance hépatique. C'est un agent pathogène important des troubles de la ménopause et de l'obésité par des expériences sur des animaux que par des observations cliniques, que l'anémie, les saignées et les hémorragies répétées sont susceptibles d'engendrer l'adipose généralisée.

Les moyens que nous possédons pour combattre l'hypertension portale sont l'alimentation lacto-végétarienne et le massage abdominal qui est, dans l'espèce une ressource vraiment précieuse. Ce massage doit être à la fois profond et doux.

(Ind. méd.)

DERMATOLOGIE

Traitement des eschares provenant du decubitus

On facilite la chute de l'eschare par des tampons de ouate imprégnés de topiques antiseptiques comme le suivant :

- Acide phénique..... 5 gram.
- Huile d'olive..... 300 —

Ou bien on saupoudrera la surface avec l'iodoforme, finement pulvérisé, et on recouvrira de gaze iodoformée.

On emploiera encore des compresses imbibées de topiques semblables, ou du suivant recommandé par Billroth :

- Permanganate de potasse..... 0,60 centigr.
- Eau distillée..... 500 —

Ce traitement local aura pour auxiliaire une médication interne : vin, quinine, toniques, alcool. Billroth, prescrit volontiers le camphre à l'intérieur sous forme de prises :

- Camphre pulvérisé..... 0,15 à 0,20 centigr.
- Gomme arabique pulvérisée. 0,60 à 0,80 —

Pour un paquet à prendre dans la journée.

(*Journ. de méd. de Paris. — Ann. ther.*)

Traitement de l'épithélioma de la face.

Récemment le professeur Lassar a présenté à la Société médicale de Berlin, deux malades, une dame de 62 ans et un homme de 74 ans, qui avaient été complètement guéris d'un épithélioma de la face, à la faveur d'un traitement très simple, qui se formule ainsi : administration interne, à doses successivement croissantes et décroissantes, de pilules asiatiques, contenant chacune 1 milligramme d'acide arsénieux. La dame avait absorbé en l'espace de plusieurs mois, 1000 de ces pilules, par conséquent 1 gramme d'acide arsénieux, sans qu'il en fût résulté le moindre inconvénient pour sa santé.

(*Berl. klin. Wochen. — Ann. ther.*)

PEDIATRIE

Nouveau signe de la pneumonie infantile.

M. Thévenet. — M. Weill étant retenu à la Faculté, m'a prié de présenter cette malade, qui est en assez bon état et qui permet de reconnaître un signe très curieux de la pneumonie.

M. Weill, depuis plusieurs mois, poursuit la recher-

che d'un signe qu'il a observé dans la pneumonie infantile et qui est à peu près constant : *c'est le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade.*

Avant de préciser la description de ce signe, il est bon de dire qu'il a été recherché dans toutes les affections des voies respiratoires, et qu'il n'existe que dans la pneumonie. Dans la pleurésie et le pneumo-thorax, l'expansion peut manquer du côté malade, mais elle embrasse tout le côté, est en rapport immédiat avec le siège de l'épanchement.

Elle fera défaut à la base ou, si l'épanchement est étendu, dans tout le côté malade. Au contraire, dans la pneumonie, le siège du défaut d'expansion est limité à la région sous-claviculaire, même et surtout quand la pneumonie siège à la base.

C'est un signe précoce, qui se montre dès les premiers jours et qui dure souvent au-delà du terme même de la maladie.

La précocité de ce signe lui donne une très grande valeur, car il arrive souvent que les signes physiques font défaut jusqu'aux 5e, 6e et 7e jours, dans cette forme que M. Weill a désignée dans son livre sous le nom expressif de *pneumonie centrifuge*,

On sait qu'au début on peut penser, dans les cas de pneumonie infantile, à toutes sortes d'affections.

Une des plus communes est l'appendicite, et, dans un cas de ce genre envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'*appendicite*, fait par un médecin de la ville, l'interne de porte et l'interne de service, M. Weill, en découvrant le malade et à la seule inspection des régions sous-claviculaires, put affirmer la pneumonie qui s'est vérifiée dans la suite.

M. Weill a pu, de la même façon, affirmer d'emblée la pneumonie dans des états qualifiés de méningite, de fièvre typhoïde, de grippe.

Ce signe est d'une constatation très facile. Il suffit de découvrir le malade placé dans la position dorsale, d'attendre que l'agitation qui accompagne les premiers moments de l'examen soit passée, que la respiration se soit régularisée pour apprécier la différence d'expansion des deux côtés.

Il ne faut pas confondre le soulèvement par en haut de la clavicule avec l'expansion. En plaçant la face palmaire des doigts alternativement des deux côtés, on voit très bien que du côté sain la main est soulevée comme par une vague, tandis que du côté malade la main est entraînée de bas en haut comme par un courant. Avec l'expérience du style, le phénomène est encore plus appréciable. Je la reproduis sous vos yeux.

Cette présentation a pour but de prendre date. M. Weill se propose d'exposer, dans un mémoire complet, le signe qu'il a le premier décrit.

(*Lyon méd.*)

Considerations thérapeutiques s'appliquant à toutes les variétés de scarlatine.

par AVIRAGNET.

1° *Traitement prophylactique.* — Le scarlatineux doit être soumis à un isolement rigoureux tant que dure la desquamation ; c'est surtout à cette période que la contagion se produit. Le médecin et les personnes qui le soignent auront de se vêtir de blanc et de se plonger les mains dans une solution antiseptique quand ils quitteront la chambre du malade. Pendant la maladie les linges seront passés à l'eau bouillante ; après la guérison, la chambre désinfectée d'une façon parfaite. On évitera de la sorte bien des contagions.

Quelques médicaments passent pour posséder des vertus prophylactiques ; la belladone pour Hahneman ; le benzoate de soude pour Smith, l'arsenic pour Speransky ; le bisiodure de mercure pour Illingworth. A vrai dire, la démonstration de l'action préservatrice de ces agents n'a jamais été faite d'une façon scientifique.

2° *Traitement curatif.* — Quelques essais de sérothérapie ont été faits par M. Royer ; cet auteur a injecté avec succès, chez des malades atteints de scarlatines graves le sang de scarlatineux convalescents. La méthode est trop nouvelle et son application trop récente encore pour que nous puissions porter un jugement sur sa valeur ; il était intéressant de la signaler cependant.

Le scarlatineux doit être placé dans une chambre large, bien aérée et autant que possible, isolée. Il sera maintenu au lit pendant les premiers jours et le séjour à la chambre lui sera imposé tant que durera la desquamation (trente à quarante jours en moyenne. Pour éviter la néphrite qui est une des complications les plus graves, on donnera au malade des boissons abondantes, on le mettra au régime lacté absolu pendant douze ou quinze jours au moins ; il serait même préférable, suivant certains médecins, de ne laisser prendre que du lait pendant un mois. Les urines seront soigneusement recueillies dans un buccal et l'examen en sera fait quotidiennement.

Les soins de la peau ont la plus grande importance. Au début, pendant la période d'éruption, les bains tièdes donnés quotidiennement soulageront le malade. Pendant la desquamation les bains savonneux suivis d'onctions antiseptiques activeront la chute des squames. On peut se servir de vaseline boriquée, phéniquée, salolée, etc. La vaseline ichtyolée (5 à 10 p. 100), suivant Seibert, de New-York, aurait pour effet de diminuer rapidement le gonflement cutané, d'amener le prurit, la fièvre et l'agitation, d'empêcher la production des crevasses et des infiltrations phlegmoneuses ou érysipélateuses et, enfin, d'abrèger la durée et l'intensité de la desquamation.

La fréquence des complications naso-pharyngo-amygdaliennes impose une antiseptie aussi rigoureuse que possible de la cavité naso bucco-pharyngienne.

L'antiseptie du nez doit être faite à l'aide de pom-

mades (vaseline boriquée, mentholée, resorcinée, etc.)

Voici quelques formules :

Vaseline.....	30 gr.
Acide borique finement pul-	
verisé.....	4 gr.
Menthol.....	0,20 à 0,30 cent.

ou bien

Vaseline.....	30 gr.
Résorcine.....	0,30 centig.

L'auteur conseille également les injections d'huile mentholée (1/50) ou, de préférence, d'huile resorcinée (celles-ci moins douloureuses) :

Huile d'olive stérilisée.....	20 gr.
Resorcine.....	1 gr.
Essence de Mentoe.....	11 gouttes.

Un demi-centimètre cube dans chaque narine matin et soir ; (se servir de la seringue de M. Marfan.) Pratiquée de la sorte et d'une façon suivie, l'antiseptie s'oppose au développement du coryza purulent, complication d'origine streptococcique souvent graves, qui peut être le point de départ d'une infection générale à streptocoques.

L'antiseptie de la gorge sera obtenue d'une façon suffisante par les grands lavages à l'eau bouillie à laquelle on pourra ajouter une solution boriquée, naphtolée, phéniquée, ou thymolée. Il y aura avantage, dans les cas sérieux, à faire suivre le lavage d'attouchements des amygdales et du pharynx, avec un collutoire boraté, salycilé ou resorciné.

L'auteur, en terminant ces considérations thérapeutiques pouvant s'appliquer à tous les cas, rappelle l'importance qu'il y a à assurer le bon fonctionnement des voies digestives et les avantages que certains médecins ont retirés d'antiseptiques divers tels que le calomel, salol (ce dernier médicament, d'après Quioc, de Dijon s'opposerait au développement de la néphrite).

Bull. méd. — Arch. méd. chir. spéc.)

CHIRURGIE

Traitement des ulcères chroniques des jambes.

D'après la méthode de Corsiglia, il faut d'abord nettoyer la partie malade à l'eau et au savon ; on l'anesthésie ensuite au moyen d'injection de cocaïne et l'on procède au curettage de l'ulcère de façon à le transformer en une plaie simple. En cas d'hémorragie abondante, pansement compressif pendant plusieurs heures avec une compresse imbibée d'une solution phéniquée à 2 %.

Il faut encore frictionner la surface avec de l'acide phénique pur et toucher ensuite avec de la ouate imbibée d'alcool, qui absorbe l'acide phénique en limitant les effets caustiques de cette substance. Si, au bout de deux

jours, la plaie continue à sécréter, renouveler les applications d'alcool et d'acide phénique. Une fois que la plaie est complètement asséchée, appliquer des bandelettes de diachylon, imbriquées les unes dans les autres, depuis les orteils jusqu'au genou.

(Ann. thérap.)

Symptômes et diagnostic des blessures des sinus de la dure-mère.

par G. LUYX.

L'épanchement sanguin intra crânien dû à la rupture d'un sinus se reconnaît de celui qui est dû à la rupture de l'artère méningée moyenne par les caractères suivants :

1° Par un signe rapporté par Bergmann. D'après cet auteur, en effet, les phénomènes de compression par lesquels se manifesteraient les lésions des sinus semblent se produire plus lentement que dans les blessures de l'artère méningée moyenne ;

2° Par un ensemble de symptômes plus souvent observés dans les ruptures de la méningée moyenne et qui sont des troubles moteurs, soit hémiplégie, soit monoplégie (comme dans un cas personnel rapporté dans notre thèse), et la dilatation pupillaire située du côté de l'épanchement ;

3° Enfin et surtout, par le siège de la fracture située dans la région pariétale. On peut aussi souvent noter dans les cas de rupture de la méningée une douleur locale et un empatement régional, ainsi qu'une ecchymose occupant les parties décollées de la région temporo-pariétale et de la région mastoïdienne.

Pour ce qui est des épanchements sanguins intracrâniens dus à une lésion d'un vaisseau pie-mérien, il semble qu'il n'y a aucun signe permettant d'établir un diagnostic précis. On peut dire seulement que ces épanchements pie-mériens sont bien plus souvent dus au contre coup, ont leur maximum, en général, au pôle opposé à la fracture, et que par suite ce sera seulement la notion de la direction et du siège d'application du traumatisme qui pourront mettre sur la voie du diagnostic.

(La Presse méd. — Ind. méd.)

MALADIES VENERIENNES

De l'administration du mercure aux enfants syphilitiques.

La syphilis acquise de l'enfant, différente de la syphilis héréditaire, résulte de l'infection au moment de l'accouchement, la mère ayant contracté la syphilis à la fin de la grossesse, ou bien de l'infection de l'enfant par la nourrice ou une autre personne.

1° L'enfant est-il âgé de cinq ou six semaines ? La liqueur de Van Swieten est préférable aux autres préparations, à la dose de quinze à vingt gouttes par jour, M. J. Simon la prescrit ainsi :

Liqueur de Van Swieten..... XX gouttes.

A prendre, en trois ou quatre fois, dans du lait.

On peut y joindre l'usage des frictions mercurielles sous les aisselles. On les formulera ainsi :

Onguent napolitain..... 2 grammes.

Axonge..... 6 —

Mêlez pour six doses. Chaque dose, à l'exemple de Widerhofer (de Vienne), doit être isolée et enveloppée dans un papier paraffiné.

Une dose chaque jour en frictions sous les aisselles.

Après deux à quatre jours, on administrera un bain tiède.

Widerhofer (de Vienne) emploie aussi les frictions sur les narines avec la pommade suivante :

Précipité rouge..... 0 gr. 10 centigr.

Axonge..... 10 grammes.

On applique sur la narine la grosseur d'un pois de cette pommade par des frictions douces.

Ce mode d'application du mercure aurait, d'après le médecin viennois, l'avantage de diminuer le gonflement de la muqueuse nasale, quand il existe, et de permettre ainsi à l'enfant de prendre plus facilement le sein.

Les bains de sublimé sont utiles, surtout dans les cas rebelles à ces moyens. Il faut les répéter tous les trois jours, et, pendant la durée de l'immersion dans l'eau, éviter la déglutition par l'enfant de quelques gouttes du liquide toxique.

Voici la formule de la solution mercurielle dont on additionnera chaque bain :

Sublimé corrosif. 0 gr. 20 centigr.

Hydrochlorate d'ammoniaque..... 1 gramme.

Eau distillée..... 120 —

2° L'enfant est-il âgé de plus de six mois ? S'il est élevé au biberon, on peut, avec M. J. Simon, additionner le lait de sirop de Gibert et formuler ainsi :

Un tiers de cuillerée à café de sirop de Gibert, à prendre dans les vingt-quatre heures par doses fractionnées, et véhiculées dans l'eau.

M. J. Simon administre une potion dont chaque cuillerée à bouche contient 1 centigramme de sel mercuriel et un demi-gramme d'iode de potassium ou de sodium : celui-ci est souvent mieux toléré que celui-là.

Voici une formule que l'on peut utilement employer :

Biiodure de mercure.... 0 gr. 10 centigr.

Iode de sodium..... } à 5 grammes.

Eau distillée. }

Sirop de fleurs de pensée sauvage..... 210 grammes.

Pour la posologie de cette préparation, on peut prescrire suivant l'âge de l'enfant, une dose :

d'une 1/2 cuillerée à café pour un enfant d'un an,
de 1 cuillerée à café pour un enfant de 2 à 2 ans
— 2 — — — — 3 à 5 —
— 3 — — — — 5 à 8 —

Ou bien encore : prescrire le calomel par prises, à raison de 1 centigramme.

Calomel..... 0 gr. 01 centig.
Sucre blanc..... 1 gramme.

F. S. A. pour 1 paquet.

L'association du fer aux préparations mercurielles est utile chez les enfants après le sevrage. Dans ce but, on peut adopter la poudre composée suivante :

Calomel ou protoiodure d'hydrargyre..... 0 gr. 01 centigr.
Sacchure de carbonate de fer..... 0 gr. 02 —
Sucre blanc..... 0 gr. 20 —

F. S. A. pour 1 paquet.

En faisant varier les doses, on les proportionnera aisément à l'âge de l'enfant.

(Ann. thérap.)

THERAPEUTIQUE

De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain réfractaire ou résistant hyperacide et arthritique

par M. le Docteur SAMUEL BERNHEIM.

(Suite)

2° Arguments tirés de la bactériologie. — Les recherches bactériologiques et toutes les techniques microbiologiques non pas récentes, mais anciennes déjà, celles même qui marquèrent l'aurore de cette science nouvelle, établirent très tôt que les milieux favorables à la vie des microbes étaient des milieux alcalins. Tous les bouillons, tous les milieux de culture que s'ingénierent à créer les bactériologistes, en vue d'accroître à volonté la pullulation microbienne, sont à base d'alcalinité. Ils peuvent bien différer dans le détail de préparation, dans le choix des alcalins employés. Mais un fait commun les relie. Pour l'immense majorité des microbes, les milieux favorables sont les milieux alcalins.

Soutenir, après cela, que l'hyperalcalinité humorale créée en nous un chimisme organique réfractaire à l'infection, c'était vraiment aller à l'encontre de toutes les données acquises de la bactériologie.

Et cet argument nous semble de quelque importance

en faveur de la théorie que nous croyons la vraie, à savoir que la mesure de notre résistance à l'infection d'une façon générale à la maladie, n'est pas celle de notre hyperalcalinité, mais bien au contraire celle de notre hyperacidité.

3° Arguments tirés de la chimie biologique. — A l'appui de cette théorie, M. Joulie apportait des arguments vraiment très suggestifs, dont la nouveauté étonne un peu, mais dont la vraisemblance finit par convaincre.

Le Dr Boureau, de Tours, se fondant sur l'antagonisme des terrains arthriques et tuberculeux — [antagonisme sur lequel nous allons revenir à notre tour] — et déterminant les différences qui les distinguent dans leur chimisme humoral, avait le premier émis l'avis que l'antagonisme chimique des deux processus reconnaissant comme raison une différence fondamentale dans leur acidité relative, l'un processus de résistance à l'infection, caractérisé par son hyperacidité, l'autre, processus de défaillance, évoluant sur un terrain hypoacide.

Appliquant les données de la chimie biologique à la pathologie générale, M. Joulie ramène les processus morbides à deux mécanismes pathogéniques : l'hypo — et l'hyperacidité, celle-la plus fréquente que celle-ci — et celle-ci à son ultime période trouvant sa conclusion dans celle-la.

L'hypoacidité humorale, telle est, en dernière analyse, et presque toujours, la raison de la défaillance de l'organisme, hypoacidité qui a son reflet et son témoignage chimiquement appréciable dans la détermination de l'acidité urinaire.

Les maîtres de la clinique, Trousseau et Pidoux entre autres, avaient autrefois décrit la cachexie alcaline. Il serait piquant qu'après avoir supplanté un moment leur conception, les théories nouvelles reviennent, au nom de la chimie et d'une plus rigoureuse observation des faits, à la théorie de ces maîtres, ou plutôt à ce qu'ils avaient entrevu ; et que les analyses de laboratoire permettent de considérer la phthisie pulmonaire comme un chapitre de la cachexie alcaline.

Pour l'instant, n'anticipons pas sur les faits, et rapportons simplement ce qu'ils nous enseignent.

4° Arguments tirés des faits cliniques.

Or avec Boureau, avec Joulie, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'expérience vient de nous montrer que l'acidité totale de l'urine est toujours en déficit chez le tuberculeux, — diminution variable d'ailleurs, mais presque toujours très notable, et réellement pathologique.

M. Ferdinand Cautru a fait des recherches sur la teneur du suc gastrique et des urines d'un très grand nombre de tuberculeux. Il a trouvé chez la plupart de l'hyperpepsie chloro-organique et chez tous des urines hypoacides. " Cette hypoacidité, dit cet auteur, doit

toujours être recherchée sur l'urine émise à jeun. Elle est la preuve véritable d'une diminution des éléments acides normaux du sang (phosphate, acide de soude, acide carbonique, etc.) et d'autant plus prononcée que la maladie plus grave et plus près de sa période terminale."

Les auteurs s'accordent assez mal, à vrai dire, sur le chiffre de l'acidité urinaire physiologique.

L. Joulie, au lieu de l'exprimer comme on le fait ordinairement en acide chlorhydrique, acide orthophosphorique ou acide sulfurique monohydraté, trouve plus exact de l'exprimer en prenant le rapport de l'acidité urinaire à l'excédent de densité de l'urine sur l'eau, rapport qu'il estime normal quand il se maintient entre 4 et 5. Au-dessous, l'urine est citée hypoacide. Au delà, hyperacide. Si l'on exprime l'acidité par litre en acide chlorhydrique, le chiffre normal oscille entre 1 gr. 50 et 2 grammes.

Exprimée en acide orthophosphorique ou en acide sulfureux monohydraté, l'acidité normale serait de 0 gr. 069.

Or, si nous exprimons en HCl l'acidité urinaire du tuberculeux, nous voyons que le coefficient qui la représente varie ordinairement entre 0 gr. 25 et 1 gr. ; quelquefois même, la réaction est alcaline. Encore une fois, c'est un fait sur lequel nous insistons, car il doit dominer toute la thérapeutique du tuberculeux.

Résumons-nous donc en disant que le terrain tuberculeux est déminéralisé et hypoacide.

* * *

Le terrain Arthritique. — Ceci dit, existe-t-il un terrain antagoniste ?

De même qu'il n'existe pas de terrain voué fatalement à la tuberculose, de même la clinique nous apprend tous les jours qu'il n'existe pas de sol absolument réfractaire. Mais, nous l'avons dit, la clinique ne vit pas des conclusions absolues. Sachons dégager des faits qu'elle met sous nos yeux les enseignements qu'elle comporte.

Or c'est un fait, depuis longtemps connu, et sur lequel les anciens cliniciens, qui étaient de parfaits observateurs, avaient judicieusement insisté : le tempérament arthritique paraît à la fois moins exposé — et plus résistant à l'invasion tuberculeuse.

Sans doute, on nous accuse de manquer de précision. Personne n'a jamais dit, au juste, ce qu'il fallait entendre par tempérament arthritique, par arthritisme ; et la définition la plus récente qu'on en ait proposée :

"Diathèse relevant d'un ralentissement dans les mutations nutritives et se traduisant en clinique par différents troubles : obésité, gravelle, goutte, etc."

Cette définition, en somme, ne laisse pas que d'être aussi obscure que la chose qu'elle prétend définir.

Ne nous attardons pas en ces disputes de mots ; et tout en convenant qu'on s'entend assez mal sur l'essence

même, la nature et la définition de l'arthritisme, convenons cependant qu'on s'entend cliniquement assez bien sur ses manifestations, sur ses modalités pathologiques et sur l'ensemble des troubles qu'on fait rentrer dans cette ancienne diathèse.

C'est très suffisant pour qu'on puisse discuter utilement sur l'arthritisme, savoir ce qu'ont de commun ces modalités de l'arthritisme et tirer un enseignement des données de la clinique.

* * *

Antagonisme clinique de l'arthritisme et de la tuberculose. — Or, la clinique proclame depuis longtemps que les arthritiques sont de mauvais candidats à la tuberculose, que les rhumatisants, les goutteux, les obèses, les artério-scléreux, les lithiasiques et tous les ralentis de la nutrition, selon un vocable plus moderne, semblent sinon réfractaires, au moins étrangement résistants à la phtisie.

Sans doute, il ne s'agit pas d'immunité absolue. Et personne, à vrai dire, ne l'a prétendu. A telle enseigne que Pidoux, qui avait si bien observé cette sorte d'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose, a tout de même décrit une phtisie arthritique ; — preuve que l'arthritique peut devenir phtisique. Mais quels caractères reconnaît-il à cette phtisie ? Particulièrement lente, d'allure presque bénigne, procédant par poussées fluxionnaires suivies d'améliorations spontanées, de rémissions prolongées, ayant une tendance marquée à évoluer vers la sclérose, forme curatrice en somme du processus tuberculeux, la phtisie arthritique est presque toujours curable. Elle ne demande qu'à guérir. Elle guérit toute seule, dirions-nous, pourvu seulement que, par une thérapeutique intempestive, on ne contrarie pas ses tendances curatrices et son processus fibreux.

* * *

Les toxines caséifiantes et les toxines sclérogènes. — On sait, en effet, que la tuberculose, une en son principe, en son essence et reconnaissant un agent causal spécifique, peut cependant se comporter de deux façons, c'est-à-dire qu'elle affecte une double manière d'être et qu'elle peut suivre un double processus : ou le processus caséeux destructeur, ou le processus fibreux, processus de guérison. Cette double allure anatomo-pathologique constitue vraiment l'originalité de la tuberculose, et fait qu'elle ne se comporte comme aucune autre infection connue. A côté de la lésion destructrice, elle fait effort pour créer un moindre mal, une lésion curatrice, un pis-aller pouvant tenir lieu de guérison.

Car c'est bien l'agent pathogène lui-même qui renferme en soi le principe de cette évolution à deux faces.

Les recherches récentes de M. Auclair sur les toxines tuberculeuses ont conduit cet auteur à une découverte du plus haut intérêt. Il a pu isoler deux toxines, les individualiser par leurs réactions et leurs caractères de

solubilité, et les différencier plus encore par leur mode d'action sur les tissus.

L'une, à action caséifiante, correspond au processus morbide que l'on connaissait depuis longtemps ; elle crée le tubercule caséeux.

L'autre, à action sclérogène, correspond au processus curateur : elle provoque la réaction de défense de l'organisme.

* * *

Mode de réaction des terrains arthritiques et tuberculeux vis-à-vis des deux sortes de tuberculo-toxines. — Comme l'infection résulte toujours de l'action commune de l'agent infectant et de l'organisme infecté, de la graine et du terrain, il est à présumer que s'il existe des terrains particulièrement propices à l'évolution tuberculeuse, un organisme dont la défaillance semble imminente, c'est parce qu'il réagit de telle façon à l'attaque microbienne que le bacille, en ce milieu, secrète plus facilement ses toxines caséifiantes ; tandis que sur le sol apparemment résistant, sur le terrain arthritique, c'est la sécrétion des toxines sclérosantes qui domine.

Il ne s'agit donc plus d'un milieu humoral réfractaire à la pullulation microbienne, mais d'un milieu favorable à la sécrétion des toxines sclérosantes, des toxines curatrices, si ces deux mots peuvent s'accoupler.

Ainsi convient-il d'interpréter le mode d'action ou plutôt de réaction défensive du tempérament arthritique vis-à-vis de l'agression bacillaire.

* * *

Antagonisme chimique des deux terrains. — Mais si, cliniquement, l'arthritisme offre encore quelques points obscurs, au point de vue biologique — qui est le plus intéressant pour nous — sa constitution humorale et chimique peut être définie.

Et l'on constate alors un antagonisme véritable entre le terrain tuberculeux et le terrain arthritique.

Nous avons vu que le sol tuberculeux était déminéralisé.

Par contre, le sol arthritique a pour expression :

En azote..... 14.58

En matières minérales..... 24.78

L'arthritisme est donc un sol surminéralisé.

Il est, de plus, très riche en chlorures aux dépens de la soude et de la magnésie.

“ Pour 1 gramme de matière minérale, écrit Bouchard, l'homme normal produit 0.74 d'azote :

L'arthritique, pour 1 gramme de matière minérale, ne produit que 0.546 d'azote.

Il lui faut, pour produire la même quantité d'azote que l'homme normal, un temps plus long.

Il est difficile de mieux justifier les expressions de nutrition retardante (Bencke) et de ralentissement de la nutrition (Bouchard).”

Enfin, la plupart des arthritiques sont des hyperacides. C'est un fait urologique bien connu. L'urine des lithiasiques, des rhumatisants, des goutteux présente un coefficient d'acidité urinaire supérieure à la normale.

Conclusion : le terrain arthritique est surminéralisé riche en chlorures, hyperacide,

C'est-à-dire que sa formule chimique est juste l'inverse de celle que nous avons reconnue au terrain tuberculeux.

A Quelles conclusions sommes-nous arrivés ?

* * *

Conséquences thérapeutiques. — Nous avons reconnu que cliniquement il existe une sorte d'antagonisme entre la tuberculose et la diathèse arthritique ; que la phtisie est rare chez les arthritiques ou bénigne chez eux ;

Que, au point de vue chimique, les formules qui caractérisent les deux terrains sont contradictoires.

Peut-être y a-t-il, de cette comparaison, toute une thérapeutique à déduire.

Pouvons-nous transformer le terrain tuberculeux, le sujet en état d'imminence morbide en un sujet résistant, en un terrain arthritique ? Cherchons à faire de nos tuberculeux des arthritiques. Et voyons maintenant quelles ressources nous offre la thérapeutique pour y arriver.

(à suivre)

BIBLIOGRAPHIE

Carl. Huber — *Laboratory Work in Histology*. Voilà un ouvrage excessivement pratique, et pour l'étudiant et pour le praticien. Les méthodes de technique sont des plus pratiques et on y trouve les meilleures et plus nouvelles. Les travaux pratiques d'histologie contenus dans la seconde partie du volume sont très bien et embrassent toute l'histologie normale.

C'est un volume que nous conseillons vivement à nos étudiants et au praticien qui tient à se mettre au courant des méthodes modernes.

H. Parkyn. — *Suggestive Therapeutics and Hypnotism*. Ouvrage publié par The Suggestion Company, de Chicago. C'est un volume basé principalement sur l'enseignement donné à la Chicago School of Psychology, par le docteur Parkyn et ses collègues. Ceux que cette science, — l'hypnotisme, la suggestion — intéresse, y trouveront certaines choses qui leur seront utiles.

Some Thoughts on the Ethics of Medical Journalism, by Burnside Foster, M. D. St. Paul, Minn. Extrait des *Annals of Gynecology and Pediatrics*.

Matière médicale zoologique, histoire des drogues d'origine animale, par H. Beauregard, professeur à l'École

supérieure de Pharmacie de Paris, ancien assistant de la chaire d'Anatomie comparée au Muséum d'Histoire naturelle, membre de la Société de Biologie. Revisé par M. Couzzière, professeur agrégé de l'École supérieure de Pharmacie. Avec préface de M. D'Arsonval, professeur au Collège de France, membre de l'Institut. 1 volume in-8° carré de 423 pages, avec 4 planches en couleurs hors texte et 134 figures en noir. Prix, broché : 12 frs, C. Naud, éditeur 3, rue Racine, Paris.

Le livre de Beauregard, que nous présentons aujourd'hui au public, est le plus complet que l'on ait écrit sur la matière médicale zoologique. Les recherches qui ont rempli la vie de Beauregard ont porté en grande partie sur ce sujet, elles ont contribué beaucoup à en éclaircir les points contestés, et l'on trouvera dans ce livre la substance de tout ce que ses principaux travaux renferment d'essentiel. Nous signalerons particulièrement les chapitres ayant trait aux glandes odorantes des Mammifères aux Cétacés et aux substances qu'ils fournissent, aux Insectes vésicants, auxquels il a été donné un développement que l'on ne trouvera nulle part ailleurs, comme partie zoologique, pharmacognosique et commerciale.

Les figures accompagnant le texte de ces chapitres sont de même entièrement originales, et pour la plupart inédites.

Ce livre trouvera certainement auprès des étudiants et des naturalistes l'accueil qu'il mérite, par sa parfaite documentation, la conscience et la clarté avec lesquelles il est écrit.

Ce livre qui fut le dernier effort du professeur Beau regard, car il en corrigea les épreuves sur son lit de mort, est d'une lucidité remarquable et d'une érudition profonde. Malgré le sujet généralement aride dont il traite, le style en est tellement clair et agréable que l'on quitte à regret les pages de ce beau volume.

Pathologie générale et expérimentale. Les processus généraux. Histoire naturelle de la maladie, — hérédité — atrophies — dégénérescences — concrétions — gangrènes, par MM. A. Chantemesse, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de l'université de Paris, médecin des Hôpitaux, et W. W. Podwyssotsky, doyen de la Faculté impériale de médecine d'Odessa, professeur de pathologie générale à la même Faculté. 1 vol. in-8° Jésus de 444 pages, avec 55 figures en noir et 107 en couleurs. Prix, broché : 22 frs. C. Naud, Paris.

Dans cet ouvrage, les théories spéculatives, qui ne trouvent une base solide ni dans l'anatomie pathologique, ni dans la médecine expérimentale n'occupent qu'une faible place. En revanche, les faits qui reposent sur des constatations d'anatomie pathologique, sur les altérations fines de la morphologie cellulaire mises en lumière par les acquisitions récentes de la cytologie, ont été l'objet d'une étude détaillée.

Le plan de cet ouvrage s'est trouvé par suite sur une voie différente de celles qui ont été jusqu'à ce jour suivies dans les livres publiés en France sur le même sujet. Il s'en distingue par le développement donné aux descriptions de la cytologie pathologique et par le souci d'accorder une très large part aux acquisitions de la pathologie expérimentale de la pathologie comparée.

Le premier volume du *Processus généraux*, qui vient de paraître, débute par l'étude de l'histoire naturelle de la maladie ou mieux de l'homme malade : il expose ensuite l'étiologie générale des maladies et, en particulier, le rôle de l'hérédité envisagée au point de vue cytologique, physiologique et pathologique. Avec le chapitre III commence la description des troubles atrophiques de la nutrition cellulaire qui comprend les diverses dégénérescences (parenchymateuse, hyaline, amyloïde, cornée, vésiculeuse, muqueuse, colloïde, glycogénique, graisseuse, pigmentaire). Les chapitres qui traitent ces divers sujets envisagent l'étude des causes, du mode de formation, de l'évolution des altérations cellulaires et, comme corollaire des modifications morphologiques signalées dans quelque-uns d'entre eux, il passent en revue et soumettent à la critique les doctrines pathogéniques du myxœdème, de l'obésité, des diabètes, de la maladie d'Addison, etc.

Dans les troubles atrophiques de la nutrition cellulaire prend place l'étude des incrustations calcaires, des concrétions uratiques, des calculs biliaires, urinaires, intestinaux, bronchitiques, des dépôts exogènes provoqués par l'usage de certains médicaments, ou par les inhalations de poussières diverses, etc.

Le premier volume se termine par l'exposé des mortifications cellulaires et la description des diverses gangrènes.

Un grand nombre de figures, plus de cent cinquante, dont la plupart coloriées, sont insérées dans le texte.

Le second et dernier volume des *Processus généraux* paraîtra en 1902. Il comprend, avec la même méthode d'étude suivie dans le premier volume, la description des hypertrophies, des tumeurs, des régénérations d'organes, la pathologie de la circulation, celle du sang et de la lymphe, l'inflammation, la fièvre.

FORMULAIRE

Injection contre la leucorrhée. (LUTAUD.)

R. Chlorate de potasse 50 gram.
Teinture d'opium..... 30 —
Eau de goudron..... un litre.

Dose : Un 1/2 verre dans un litre d'eau par injections matin et soir.

(J. de méd. de Paris.)

Travaux Originaux

LES HÉMORRHAGIES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

par M. le Dr W. J. DEROME.

Une hémorrhagie, quelle que soit sa nature ou sa gravité, ne manque pas de jeter l'alarme autour du berceau d'un nouveau-né et de provoquer chez le médecin une vive anxiété.

L'hémorrhagie peut se déclarer un peu partout. On a signalé, en effet, les hémorrhagies des cavités splanchniques, bucco-pharyngée, nasale, ombilicale, stomacale, intestinale, rénale, intra-articulaire, tégumentaire, sous forme de purpura ou d'hématôme.

Cette tendance hémorrhagique ne produit généralement qu'un affaiblissement plus ou moins prononcé, mais parfois elle peut être assez grave pour entraîner la mort. Elle peut être simplement passagère, ne durer que quelques jours, ou quelques semaines ; mais d'un autre côté elle peut être la première manifestation d'une série d'épanchements sanguins qui surviendront à tout propos, pendant une grande partie ou pendant la totalité de l'existence.

Bien que les observations au sujet de cette question, abondent dans la littérature médicale, l'étiologie de l'hémorrhagie chez le nouveau-né, n'en reste pas moins passablement obscure.

Demelin dans le "Traité des Maladies de l'Enfance" résume en trois points les causes de l'hémorrhagie.

1° *Le traumatisme durant l'accouchement*, — jamais à souhaiter, mais quelquefois inévitable dans les opérations obstétricales, surtout dans l'extraction par le siège, les tractions sur les membres, les frictions, les flagellations pour ranimer un enfant en état de mort apparente.

2° *Un trouble circulatoire en rapport avec la nouvelle fonction pulmonaire.*

Si la respiration se fait mal, la circulation veineuse devient stagnante et donne lieu à des congestions passives et à des extravasations de sang, souvent favorisées par un état particulier du système artériel : *la faiblesse congénitale des vaisseaux.*

Pour certains pathologistes, l'augmentation de pression de la colonne sanguine, ou la diminution de résistance des parois vasculaires, seraient les deux causes principales de toutes les hémorrhagies des hémophiliques.

3° *Un état pathologique du sang, infectieux ou dyscrasique.*

W. Kock, Heffinger, Charrin, s'appuyant sur des observations minutieuses, regardent les hémorrhagies des nouveau-nés comme la production directe d'une infection. Les plus petites plaies peuvent en être la porte d'entrée. Weber, Ritter et Epstein partagent aussi cette théorie, surtout dans l'étiologie de l'hémorrhagie ombilicale.

Epstein sur 51 cas d'hémorrhagie ombilicale, retraça dans 24, une septicémie aiguë.

Grandidier, Lossen et d'autres accusent une diminution dans la coagulabilité du sang — pour Hoffmann, cette diminution n'apparaîtrait qu'après une perte considérable de sang.

L'état pathologique dyscrasique prête à discussion, Faut-il considérer comme primitives ou secondaires les altérations que l'on trouve à l'autopsie, dans les organes hématopoïétiques ? Quelle part faut-il faire aux infections ? La discussion a peut-être jetté quelque lumière sur la question mais elle reste encore pendante.

La syphilis est un facteur qui semble jouer un grand rôle dans l'étiologie de l'hémophilie et en particulier de l'omphalorrhagie.

Tous les auteurs tombent d'accord sur ce point, confirmé du reste par la tendance générale aux hémorrhagies dans la syphilis congénitale.

Des phlébites, des artérites, des hépatites de nature spécifique, confirmées et par l'évolution des symptômes durant la vie de l'enfant, et par l'examen post-mortem.

L'hémophilie a été incriminée, non sans raison peut-être, mais chaque jour les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques semblent diminuer son influence.

La diathèse hémophilique serait essentiellement familiale et héréditaire : elle serait due à une lésion des parois vasculaires localisée aux petites artères, bien décrite par Huss (tunique musculaire amincie, détruite par places, traces évidentes de dégénérescence graisseuse) : lésion révélée au cours d'autopsies soigneuses mais dont la nature intime échappent encore à l'œil scrutateur du pathologiste. En effet, malgré d'importants travaux, de publication récente, la véritable cause de l'hémophilie n'a pas encore été démontrée.

Si l'on veut pénétrer sa nature intime on ne trouve plus que des hypothèses, où les théories s'entrechoquent sans faire jaillir la lumière que l'on recherche.

Sans vouloir pénétrer plus avant dans ce dédale nous nous contenterons de rapporter brièvement deux

observations personnelles, que nous laissons à vos propres conclusions,

I. Mad. X... 23 ans, primipare, grossesse à terme— bassin légèrement rétréci dans son diamètre antero-postérieur, présentation de l'épaule — col ouvert grand comme une pièce de 25 centins, dilatation artificielle du col — version — dégagement pénible de la tête. Enfant asphyxié (une fille), respiration artificielle pendant 35 minutes. Enfant ranimée. Délivrance par la méthode de Crédé, pas d'hémorragie post-partum.

Au cinquième jour l'enfant a une selle sanguinolente assez abondante, et le lendemain une hématurie légère. Le septième jour c'est au tour de l'ombilic à saigner. Tout ceci est accompagné d'un ictère assez prononcé. Pas de température appréciable.

L'enfant boit mal pendant quelques jours, a un pleur faible, puis se remet peu à peu. Au douzième jour après les premières manifestations indiquées, toute crainte semble passée, et depuis l'enfant va bien.

Deux causes semblent entrer en jeu, d'après les différentes théories que nous venons de passer en revue, pour expliquer les pertes sanguines : le *traumatisme* possible durant l'accouchement, malgré toutes les précautions prises, et l'*asphyxie* qui seule peut être tenue responsable.

Pas d'histoire spécifique congénitale, pas d'hérédité hémophilique familiale.

Nous vous laissons à vos réflexions et passerons à la seconde observation.

II. Madame X... multipare. Bassin normal, accouchement normal ; légère hémorragie post-partum. Suites de couches normales.

Au second jour, hémorragie abondante à la plaie ombilicale. Un pansement compressif semble avoir raison de l'accident, quand une seconde hémorragie beaucoup plus considérable que la première, se déclare la nuit suivante. Le pansement fait la veille, enlevé soigneusement, nous laisse voir le cordon complètement détaché de l'ombilic. Était-ce une chute prématurée (au 3^{me} jour) du cordon, ou avait-il été arraché, toujours est-il, qu'il nous a fallu recourir à la ligature en masse du tubercule ombilical au moyen d'épingles transfixant la peau et le bourrelet ombilical et d'un fil solide, passé en huit de chiffre autour d'elles. Le tout recouvert par une série de bandelettes de diachylon pour immobiliser les muscles abdominaux. Ce pansement a raison de l'hémorragie et l'enfant survit, mais reste chétif assez longtemps.

Dans ce dernier cas la mère aurait une tendance à saigner ; faut-il ici incriminer l'hémophilie familiale ?

Comme dans le cas précédent, aucune trace de spécificité. Aucune température chez la mère ou l'enfant. Ictère assez prononcé, avec taches ecchymotiques sur le thorax, bien visibles au cinquième jour.

Les deux cas rapportés n'ont pas eu de terminaison fatale, bien que le pronostic soit des plus sombres. En effet Grandidier donne 84 pour 100 pour la mortalité, dans les hémorragies ombilicales, Tarnier 50 pour 100 dans les gastro enterorrhagies ; l'hémorragie pulmonaire serait toujours mortelle.

Le traitement, la plupart du temps, se résume à peu de chose et est entièrement subordonné aux indications du moment.

D'après tout ce que nous venons voir il est bien difficile d'en venir à une décision catégorique sur la cause de l'hémophilie.

Pour résumer cette compilation, disons que les causes les plus accréditées des hémorragies des nouveau-nés, semblent être :

- 1° Le traumatisme.
- 2° La syphilis.
- 3° Les toxi-infections.
- 4° La dégénérescence graisseuse des artérioles.

372, rue Sherbrooke.

Revue des journaux

MEDECINE

Peritonite idiopathique primitive.

M. Nothnagel (Soc. imp. roy. méd. Vienne) a communiqué le résultat de ses recherches sur la péritonite idiopathique primitive, dont il distingue trois variétés, suivant qu'elle reconnaît pour cause une irritation chimique, mécanique ou bactérienne.

La péritonite due à des agents chimiques n'a qu'un intérêt théorique ; on a pu la produire sur les animaux de laboratoire, mais on ne l'a jamais observée chez l'homme.

Quant à la péritonite d'origine mécanique, elle est plus importante à connaître pour le clinicien. La compression exercée par l'intestin rempli de matières fécales en est un facteur assez fréquent. Les péritonites chroniques qui s'observent au voisinage des grosses tumeurs du foie et de la rate, les péritonites péri-herniaires, etc.,

reconnissent également la même cause. L'existence de la péritonite mécanique a été du reste prouvée expérimentalement par l'introduction, dans la cavité péritonéale de lapins, de vessies remplies d'un liquide stérilisé.

Restent enfin les péritonites d'origine bactérienne ; l'opérateur les croit beaucoup plus souvent secondaires que primitives : il en est ainsi, en particulier, des péritonites consécutives à la fièvre typhoïde, à l'infection puerpérale, etc. Sur 2,000 cas de péritonite typhoïdique, Liebermeister n'en a trouvé que 16 qui ne fussent pas consécutifs à une perforation de l'intestin, et sur ces 16 il n'y en avait pas un seul qui fût véritablement idiopathique, car il existait toujours des altérations d'un autre organe ; de même la péritonite qui s'observe au cours de l'influenza serait due, selon Leichtenstern, à une entérite grippe : le caractère primitif de la péritonite qui se manifeste dans le cours d'un rhumatisme articulaire ou d'une septicémie n'est pas mieux prouvé. Sur 867 autopsies de péritonites, dont 13 avaient été déclarées essentielles, Grawitz a toujours pu établir que ce n'était pas le péritoine qui avait été lésé primitivement.

Il est, en outre, une classe de péritonites, en apparence idiopathiques, qui sont dues en réalité au passage à travers les stomates du diaphragme de micro-organismes contenus dans la plèvre ou les bronches, etc. Des bactéries provenant des amygdales pourraient même pénétrer dans le tube digestif et envahir ensuite le péritoine. La rareté de la péritonite au cours des maladies infectieuses dépend du pouvoir absorbant considérable de la séreuse péritonéale.

En ce qui concerne les péritonites chroniques, M. Nothnagel n'en a observé aucun cas susceptible d'être considéré comme idiopathique. Dans la péritonite tuberculeuse paraissant primitive, le point de départ de l'infection siège souvent au niveau des ganglions rétro-péritonéaux ou mésentériques, à la surface de la plèvre ou dans les organes génitaux. Quant à l'ascite des jeunes filles, décrite par Quinke, c'est une névrose vasomotrice ou sécrétoire de la puberté, et non une véritable péritonite.

(Méd. orientale.)

Sur la crampe du pylore.

par L. BOUVERET.

La crampe du pylore joue un rôle fort important dans la pathologie de l'estomac. Elle est probablement la cause de la plupart des douleurs gastriques. Avec assez d'exactitude on l'a comparée au spasme du sphincter anal. Il faut bien reconnaître cependant que, du moins jusqu'à présent, on n'en a pas donné de démonstration directe. Or, dans quelques cas, cette démonstration est possible ; on peut sentir le pylore contracturé

et acquérir la preuve qu'il s'agit bien d'une contraction.

J'ai constaté plusieurs fois cette contraction du pylore, à peu près toujours dans les mêmes conditions, chez des femmes amaigries et souffrant depuis longtemps d'une forte hyperchlorhydrie. Chez la femme, le pylore est plus accessible ; il est abaissé et rapproché de la ligne médiane par la constriction du corset. Il devient ainsi plus superficiel et tend à se placer au-devant de la colonne vertébrale, condition plus favorable à la palpation.

Pendant les accès douloureux de l'hyperchlorhydrie, j'ai senti à l'épigastre, dans la situation occupé par le pylore, une petite tumeur cylindrique, mobile, du volume de l'index, douloureuse au toucher, ferme mais sans dureté ligneuse. Cette petite tumeur rappelle tout à fait, comme forme et consistance, le côlon descendant contracturé de certaines constipations spasmodiques. Cette tumeur n'est pas permanente ; si la palpation est assez attentive et prolongée, le doigt la sent disparaître puis se produire de nouveau. C'est bien la preuve qu'elle est due à la contraction d'un organe musculaire. D'ailleurs, la douleur spontanée de la malade diminue en même temps que disparaît la tuméfaction épigastrique.

Ce petit fait n'est pas sans intérêt. D'abord il établit la réalité de la crampe du pylore. Il permet en outre d'éviter quelques erreurs de diagnostic. Il faut savoir que le pylore simplement contracturé peut former une tumeur perceptible par la palpation de l'épigastre. Dans les cas que j'ai observés, on aurait pu croire à l'existence d'un néoplasme ou d'une induration cicatricielle. Il suffit, pour reconnaître la contraction du pylore, de palper assez longtemps et avec assez d'attention ; le doigt finit toujours par constater les alternatives d'apparition et de disparition de la petite tumeur cylindrique de l'épigastre.

(Lyon méd.)

A propos de la non-transmissibilité de la tuberculose des bovidés de l'homme

M. Virchow (Con. méd. Berlin.), à l'occasion de la communication de M. Koch au Congrès de Londres, fait observer que la théorie émise par le directeur de l'Institut des maladies infectieuses de Berlin concorde avec l'opinion qu'il a lui-même exprimée depuis longtemps déjà — et que M. Koch et ses élèves avaient jusqu'ici combattue — à savoir que la tuberculose de l'homme et celle du bétail sont deux affections distinctes ; toutefois, il estime que M. Koch est allé trop loin en proclamant que la tuberculose bovine n'est pas transmissible à l'homme par des aliments : il a observé, à l'hôpital de la Charité de Berlin, quelques cas prouvant la réalité d'une telle transmission.

M. Virchow espère que les recherches actuelles fé-

ront cesser la confusion introduite dans la terminologie par les bactériologistes, et qu'on réservera désormais le nom de tuberculose à l'affection caractérisée par le tubercule tel qu'il l'a décrit lui-même, au lieu de désigner aussi sous ce terme, sans autre indication, les lésions bacillaires. Ce qui fait le tubercule, en effet, ce n'est pas la présence du microorganisme spécifique, c'est celle de la cellule tuberculeuse ; la conception contraire amènerait à nommer "tubercule" non seulement la lésion lupique, mais même le simple nodule anatomique, puisque l'on peut y déceler quelques bacilles tuberculeux.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

Moyen de deceler un epanchement liquide localise ou une collection kystique dans l'abdomen

par J. C. CLARK.

L'auteur conseille une nouvelle méthode de diagnostic qui n'est autre que la percussion trimanuelle. Soit par exemple une collection kystique pelvienne : le chirurgien introduit d'une part l'index gauche dans le vagin, et de la main droite il fixe par l'abdomen la collection entre ses deux mains. Un aide alors percute la main droite abdominale, ce qui rend alors nettement l'impression de flot.

Supposons maintenant une tumeur liquide de la région du foie ou du rein ; soit le rein droit : de la main gauche, on embrasse le côté malade, les doigts reposant en arrière sur la région lombaire, le pouce étant placé en avant comme dans l'épreuve du ballotement rénal. La main droite fixe en avant la collection, qui est ainsi prise entre les deux mains. Un aide percute sur la main droite, comme dans le cas précédent.

Cette méthode de percussion trimanuelle pourrait dans les cas difficiles rendre de grands services.

(Univ. of Penn. Med. Bull. — Ind. méd.)

PEDIATRIE

Technique et resultats de l'examen exterieur du foie chez les dyspeptiques.

par M. MAYEUR (Th. de Paris)

D'après M. J. Mayeur, élève de M. Mathieu, les dimensions verticales du foie doivent être déterminées non seulement par la percussion, mais aussi par la palpation ascendante et la palpation respiratoire.

Sur 560 cas de gastropathie, les dimensions verticales du foie, mesurées de cette façon sur la ligne mammaire, ont été trouvées normales 354 fois : 187 fois chez l'homme et 167 fois chez la femme.

Chez 354 malades, on a rencontré des états dyspeptiques et des lésions gastriques de tout ordre.

Les dimensions verticales du foie ont paru inférieures à la normale dans 115 cas : 75 fois chez l'homme et 40 fois chez la femme, soit au total 20 p. 100. L'alcoolisme a été noté dans le 1/3 des cas environ. Chez aucun de ces malades, il n'y avait de signes caractéristiques de cirrhose atrophique.

Le foie a été trouvé augmenté de volume 91 fois, soit sur 10 p. 100 des cas. Cette augmentation de volume a été observée dans toutes les variétés de dyspepsie, sans qu'il fût possible de discerner l'action prédominante d'une forme particulière de dyspepsie, ou d'un facteur pathologique d'origine gastro-intestinale.

L'alcoolisme paraît avoir une influence considérable sur la genèse du foie chez les dyspeptiques. Dans 52 cas sur 67 hommes gastropathes et dans 8 cas sur 24 femmes, des habitudes alcooliques non douteuses ont été relevées, alors que le foie présentait des dimensions verticales supérieures à la moyenne normale.

Il semble donc parfaitement légitime d'attribuer une importance considérable à l'abus des boissons alcooliques dans l'augmentation du volume du foie chez les dyspeptiques.

Comme autres facteurs possibles de cette hypertrophie, l'auteur a encore relevé : la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose, le brightisme, le diabète et les cardiopathies.

Dans un nombre de cas assez élevé, on a noté une viciation de fonctions intestinales : constipation rebelle, diarrhée, alternatives de constipation et de diarrhée, entéro-colite muco-membraneuse, de telle sorte qu'on est amené à se demander, si ces troubles intestinaux n'ont pas, lorsqu'ils existent, une influence plus grande que les viciations des fonctions stomacales dans la production du gros foie.

Sur 103 dyspeptiques, hommes et femmes, dont l'examen chimique du suc gastrique a été fait, l'hyperchlorhydrie coïncide 48 fois avec le foie normal, 16 fois avec le foie petit, et 11 fois seulement avec le foie gros. Quant à l'hyperchlorhydrie, elle existe 18 fois avec foie normal, 6 fois avec foie petit, et 3 fois avec foie gros. Il ne paraît donc pas exister de rapport entre le chimisme stomacal et le volume du foie.

La stase gastrique, même la stase permanente avec liquide dans l'estomac le matin à jeun, ne paraît avoir aucune influence particulière sur l'augmentation de volume du foie.

L'hépatoptose comprend 2 formes qui représentent probablement deux degrés de déplacement du foie : 1° la mobilité respiratoire, 2° l'abaissement définitif.

Elle a été notée 166 fois sur 560 malades.

L'hépatoptose s'est rencontrée avec toutes les modalités de gastropathies. Elle ne se produit pas plus souvent avec des foies gros qu'avec des foies normaux ou petits.

Parmi les facteurs pathogéniques auxquels il semble qu'on puisse rapporter la production de l'hépatoptose,

M. Mayeur signale l'amaigrissement marqué et surtout l'amaigrissement rapide, les vomissements alimentaires répétés et la grossesse. Les vomissements répétés sont du reste souvent une cause d'amaigrissement. Il faut de toute nécessité admettre une prédisposition particulière, puisque les mêmes causes ne produisent par les mêmes effets chez des individus différents.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Traitement des genitalites.

par AUVARD.

La genitalite est l'inflammation des organes génitaux de la femme produite par un agent infectieux.

Genitalite aiguë. — Repos complet au lit, défendre à la malade de se lever, même pour les besoins de la miction et de défécation.

Donner une alimentation liquide et composée de lait, de bouillon et de boissons alcooliques (gros et champagne).

TRAITEMENT LOCAL. — Appliquer sur le ventre, dès le début, un sac de caoutchouc rempli de glace en (interposant entre le sac et la peau une flanelle pliée en double afin d'éviter la congélation.

A défaut de glace, appliquer des compresses d'eau froide, recouvertes de taffetas gommé.

Pratiquer en même temps une émission sanguine locale, soit au moyen de ventouses scarifiées, soit avec quatre au cinq sangsues, placées au niveau des plis de l'aîne.

Lorsque les accidents inflammables seront suffisamment calmés, appliquer des révulsifs, des vésicatoires ou des pointes de feu sur l'abdomen, tous les trois ou quatre jours.

S'abstenir de toute intervention directe sur l'utérus ; ne pas même faire d'injections vaginales.

TRAITEMENT GENERAL. — Prescrire les narcotiques, les antithermiques et les laxatifs légers.

Administrer des pilules d'extrait thébaïque de gr. 05, ou la morphine en injections hypodermiques, ou le chloral en potion ou en lavements.

Prescrire l'antipyrine (de 1 à 3 gr. par jour), le sulfate de quinine (de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour), la teinture de digitale (de XV à XX gouttes par jour) dans de l'eau sucrée.

Genitalite chronique. — **TRAITEMENT LOCAL.** — Introduire le spéculum, scarifier l'ectropion du col avec un bistouri aseptique. Pratiquer de petites piqûres, pour amener l'émission de quelques gouttes de sang et ouvrir en même temps les glandes tuméfiées, connues sous le nom d'*œufs de Naboth*. Laisser couler le sang, puis laver le col et cautériser l'ectropion au moyen d'un petit tam-

pon de ouate monté sur la pince de pansement et imbibé de la solution suivante :

“ Mêler. — Usage externe ”.

Créosote de hêtre.....	} à 10 gr.
Glycérine.....	
Alcool.....	

Prendre ensuite un porte caustique utérin, enrouler du coton autour de son extrémité, plonger ce coton dans la même solution de créosote au 1/3 et cautériser la muqueuse cervicale.

Parfois, le porte-caustique franchit l'orifice interne et pénètre facilement dans la cavité de l'utérus, de sorte que l'on peut pratiquer d'emblée une cautérisation à la fois intra-cervicale et intra-utérine.

Mais la plupart du temps, l'orifice interne ne laisse pas pénétrer le porte-caustique. Dans ce cas, s'il y a une endométrite du corps de l'utérus, dilater la cavité cervicale, au moyen de la laminaire, afin de pouvoir pratiquer la cautérisation intra-utérine.

Se servir d'une tige de laminaire ayant séjourné pendant au moins vingt-quatre heures dans le mélange suivant :

Ether sulfurique.....	90 gr.
Iodoforme.....	10 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 —

F. S. A. — Usage externe.

Donner une injection vaginale antiseptique, puis fixer le col avec une pince de Museux, l'attirer au fond du spéculum et introduire la laminaire tenue au bout d'une longue pince à pansement. Ayant retiré la pince, maintenir la laminaire en place au moyen d'un tampon de ouate hydrophile.

Faire une ou deux piqûres de morphine, lorsque la dilatation de l'utérus est douloureuse.

Au bout de douze heures, retirer la laminaire, laver le vagin avec un liquide antiseptique, puis appliquer le spéculum et cautériser la cavité utérine au moyen du porte caustique trempé dans la solution de créosote au tiers.

Laisser la malade au lit pendant vingt-quatre heures.

Souvent, on obtient la guérison de l'endométrite du corps après une seule cautérisation.

D'autres fois, il faut répéter les cautérisations intra-utérines de une à trois fois par semaine, suivant le degré de sensibilité.

Pour accélérer la guérison de l'ectropion et de la métrite cervicale, on peut aussi recourir aux injections interstitielles de créosote, au 1/3, au niveau de l'ectropion.

Après la cautérisation intra-utérine, comme après chaque cautérisation de l'ectropion et de la cavité cervicale seule, appliquer sur le col, au moyen du pulvéri-

sateur à boule (ou plus simplement au moyen d'une spatule ou d'une cuiller) le mélange puivérulent suivant :

Iodoforme en poudre.....	} à 15 gr.
Salol.....	
Tanin.....	

(*Journ. de méd. de Paris.*)

Des tachycardies de la ménopause.

par M. BAILLEAU (Th. Paris).

La ménopause s'accompagne chez certaines malades de troubles cardiaques. Ces troubles cardiaques sont de deux ordres :

Les uns sont sous la dépendance d'une lésion organique du cœur réveillée ou exacerbée par la ménopause ;

Les autres, les plus fréquents et les plus intéressants, sont purement fonctionnels, se traduisant surtout par des palpitations ou des tachycardies.

Les tachycardies de la ménopause étudiées par M. Bailleau reconnaissent plusieurs origines : tandis que certaines ne sont qu'un phénomène réflexe résultant d'affections de l'utérus, du foie, de l'estomac ou du système nerveux sous la dépendance elles-mêmes de la ménopause ; d'autres, en dehors de toute lésion, de tout trouble d'un organe quelconque, se manifestent sous la seule influence de cette ménopause à la suite des perturbations qu'elle produit dans l'organisme.

La pathogénie de ces dernières est des plus complexes.

Elles seraient, pour M. Huchard, toutes dues à l'hypertension artérielle, hypertension qui, pour cet auteur, n'est qu'une des premières manifestations de l'artériosclérose ;

Au contraire, pour MM. Clément et Kisch, elles seraient d'ordre nerveux, dues à une excitation du grand sympathique occasionnée par la ménopause.

Il résulte pour M. Bailleau de l'étude des faits que les deux théories doivent être admises et non exclusivement l'une d'elles et il admet qu'il existe à la ménopause ;

1° Des tachycardies dues à l'hypertension artérielle. Mais on peut alors se demander si l'artério-sclérose, dont cette hypertension n'est que la première manifestation n'est pas elle-même sous la dépendance des troubles des humeurs que produit la ménopause.

2° Des tachycardies dues à une excitation du grand sympathique produit par la ménopause. Celle-ci pouvant en effet agir : soit par pléthore sanguine, soit plutôt par l'influence ovarienne qui se produit alors ; insuffisance ovarienne qui se traduira de manière différente suivant la théorie admise (rôles des sécrétions internes).

Le pronostic de ces troubles cardiaques est généralement bénin.

Le traitement en est variable ; mais, pour l'auteur,

l'une des meilleures médications est l'opothérapie qui vient suppléer en partie à l'insuffisance ovarienne qui se produit au moment de l'âge critique.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. chir.*)

CHIRURGIE

Traitement des ulcères variqueux par l'acide picrique

par le Dr BERNARD DESMONS.

Les pansements à l'acide picrique peuvent rendre les plus grands services dans le traitement des ulcères variqueux. J'ai obtenu deux cas de guérison complète et sans récurrence d'accidents de ce genre que de nombreux traitements n'avaient pas pu améliorer.

Le repos au lit est nécessaire. On commence d'abord par nettoyer soigneusement la plaie en exprimant au-dessus d'elle des tampons imbibés d'une substance antiseptique ou mieux en faisant des irrigations au moyen d'une douche d'Esmarch. Ceci fait, on trempe des compresses de gaze stérilisée dans une solution d'acide picrique à 6 pour 1000 : on exprime légèrement pour enlever l'excès du liquide et on applique directement sur la plaie ; on met ensuite une légère couche de ouate hydrophile, puis une bande maintenant le pansement qui doit rester trois jours en place.

Les résultats sont surprenants ; après deux ou trois applications, il se forme une peau nouvelle sur les bords de l'ulcère et des croûtes vers la partie centrale.

Il est cependant quelquefois nécessaire, et c'est là le point délicat, de baisser le titre de la solution qui à 6 pour 1000 possède des propriétés kératinisantes souvent trop fortes, ce qui amène trop rapidement la formation des croûtes centrales citées plus haut. En effet, comme l'ulcère, en pareil cas, n'a pu être suffisamment désinfecté, au bout de quelques jours il s'établit sous ces croûtes une suppuration, suppuration d'autant plus décourageante que le malade et le praticien croyaient à une guérison prochaine.

Dans ce cas, il faut abandonner immédiatement la méthode du pansement rare avec la solution concentrée et il est préférable de se servir alors d'une solution à 2 ou 3 pour 1000, qu'on applique tous les jours.

Dans la pratique, il est plus simple d'avoir chez le malade, une solution concentrée de titre connu et de l'eau bouillie ; le médecin fait lui-même le mélange qu'il juge convenable suivant l'état de la plaie.

Lorsque l'ulcère variqueux est considérable, qu'il occupe toute la jambe et la région des malléoles, il est urgent de mettre les malades dans l'impossibilité de faire mouvoir leur articulation tibio-tarsienne, les mouvements empêchant naturellement une cicatrisation rapide.

Les applications de solutions d'acide picrique m'ont donné aussi de bons résultats sur les muqueuses ulcérées. Dans les cas de métrites avec ulcérations du col, on peut faire bénéficier les malades de ce traitement.

(Ann. thérap.)

Prothèse chirurgicale par l'inclusion de vaseline colorée dans les tissus.

M. Gallez (Acad. roy. méd. Belgique) présente un rapport sur une note envoyée par M. Delangre (de Tournai), qui utilise avec succès, depuis 18 mois, les injections de vaseline stérilisée et colorée pour relever les cicatrices déprimées et combler les pertes de substances résultant de traumatismes opératoires ou accidentels, notamment dans les régions génienne, frontale cervicale, mammaire et scrotale (au lieu et place du testicule).

Pour obtenir des résultats tout à fait satisfaisants. M. Delangre croit utile de colorer la vaseline avec de la poudre de corail, afin de donner aux cicatrices blanchâtres la teinte de la peau.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale.

par A. CHIPAULT.

a) Les névralgies faciales que voient les chirurgiens sont des névralgies faciales beaucoup plus graves que celles vues et soignées par les médecins; ce qui explique le malentendu thérapeutique existant entre les uns et les autres.

b) Les interventions dirigées contre ces névralgies peuvent être :

1° Des interventions portant sur la périphérie du trijumeau, qui doivent être des résections périphériques totales d'une branche, ou mieux des trois branches, du trou de la base au bouquet périphérique ;

2° Des résections du ganglion de Gasser, où l'on ménagera les trous de la base pour ne pas ouvrir le sinus sphénoïdal et où l'on pratiquera le plombage de ces trous, qui donne toute sécurité contre la récurrence par la production de la continuité nerveuse ;

3° La résection du ganglion supérieur du sympathique.

c) Toutes les interventions se pratiquant sur le trijumeau peuvent être exécutées à l'aide d'une seule technique zygomato-mulaire, constante dans ses temps superficiels et ne se différenciant, suivant le nerf à réséquer, que dans la profondeur.

d) Les interventions sur le ganglion de Gasser se distinguent par leur gravité exceptionnelle.

e) Les interventions sur le ganglion de Gasser ne sont pas les seules à donner des résultats très durables,

voire des guérisons; il en est de même des résections périphériques totales; il en est de même aussi des résections du sympathique, qui, par leur influence vasomotrice sur la totalité du trijumeau, branche, ganglion et centres, sont peut-être destinées à occuper un jour la plus large place dans la thérapeutique des névralgies faciales rebelles.

(Ind. méd.)

OBSTETRIQUE

Traitement de l'infection puerpérale.

M. Budin (Acad. méd.) expose le traitement de l'infection puerpérale auquel il a recours depuis 1892. L'infection puerpérale est due à la pénétration des microbes pathogènes dans les organes génitaux, puis dans toute l'économie.

Il semble que si on pouvait de bonne heure débarrasser l'utérus de ces germes, on éviterait le développement de la maladie. Si on n'intervient que plus tard, on aura de plus à lutter contre l'infection générale.

M. Budin montre que, dans les conditions ordinaires, lorsque les suites de couches sont normales, l'utérus revient assez vite sur lui-même, et après quelques jours l'orifice interne du col est fermé; on ne le traverse qu'en faisant un certain effort. Si, au contraire, la muqueuse utérine est malade, il semble que les fibres musculaires sous-jacentes soient comme paralysées, et on pénètre facilement dans la cavité du corps utérin. La perméabilité normale de l'utérus a donc une grande importance pour le diagnostic.

Pour nettoyer l'utérus, il faut, après avoir plongé la femme dans l'anesthésie complète, procéder au curage digital et à l'écouvillonnage dont M. Budin décrit en détail le manuel opératoire. Il fait usage de gros écouvillons en côtes de plumes qui sont très résistants, les faits démontrent que le nettoyage de la cavité de la matrice peut être absolument complet.

M. Budin résume ainsi les faits :

Si la fièvre survenant chez une femme récemment accouchée, on constate dans l'utérus la présence de caillots fétides ou non, les enlever, et laver la cavité de l'organe peut suffire.

Si la muqueuse de la matrice est atteinte, surtout au niveau de la caduque inter-utéro-placentaire, il faut sans hésitation procéder au curage digital et à l'écouvillonnage; lorsqu'on intervient vite, la guérison est habituellement plus rapide.

Si l'infection date depuis quelques jours, lorsqu'on pratique le nettoyage, la guérison est plus lente, car il y a pénétration de germes ou de toxines dans l'économie.

Enfin, si l'infection date depuis plus longtemps, on aura recours aux mêmes interventions et on aidera l'organisme à lutter. Dans un certain nombre de cas qui

paraissent désespérés, on obtiendra la guérison, mais parfois la mort surviendra.

Il résulte encore de ces faits une autre conséquence : si une femme accouche, ou fait un avortement alors que les membranes sont rompues depuis quelques jours : si le liquide amniotique est fétide, il faut faire de suite le curage digital et l'écouvillonnage, c'est-à-dire le nettoyage prophylactique.

Pendant la dernière année scolaire, du 1er novembre 1900 au 30 juin 1901, M. Budin a obtenu les résultats suivants. Il y a, à la Clinique Tarnier, un service d'isolement dans lequel on reçoit les femmes infectées du dehors ou celles qui ont été infectées à l'hôpital.

De là, deux catégories de faits.

Trente-trois femmes ont été apportées du dehors.

Quatre fois des injections utérines après exploration digitale ont suffi.

Treize fois on a eu recours au nettoyage prophylactique.

Seize fois on a dû faire le curage digital et l'écouvillonnage.

Une seule femme n'a pu être sauvée : elle avait été apportée de Choisy-le-Roy dans un état extrêmement grave, 8 jours après son accouchement.

Les femmes qui ont contracté de l'infection dans le service, et qui ont été transportées au service d'isolement, sont au nombre de 59. Toutes ont guéri. Pendant cette même année, il y a eu 1137 accouchements ou avortements à la Clinique Tarnier, avec une statistique, par conséquent, de 0 décès par infection. En admettant qu'il y ait eu une année scolaire particulièrement heureuse, M. Budin pense que la méthode à laquelle il a eu recours peut être recommandée.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Allaitement pendant les suites de couches pathologiques.

par BUDIN et PERRÉ (Soc. obst. France)

Les auteurs rapportèrent dix neuf observations de femmes qui, malgré diverses affections fébriles, ont continué néanmoins à nourrir seules leur enfant. Ces observations ont trait à des femmes atteintes de grippe, lymphangite, angine, ictère, galactophorite, infection génitale vagino-utérine, etc.

Toutes ces femmes, malgré la fièvre, l'évolution de la température, ou l'intervention chirurgicale, ont produit un lait qui n'a eu aucune mauvaise influence sur l'enfant.

Les auteurs concluent donc à l'inutilité de l'interruption de l'allaitement dans ces cas, ce qui a une importance considérable au point de vue pratique.

(Arch. méd. chir. spéc.)

DERMATOLOGIE

Traitement de l'ecthyma.

Dans les formes congestives de l'ecthyma, il n'y a pas de thérapeutique active. Elle consiste en pansements humides pour faire tomber les croûtes et régulariser la circulation locale, et en antiseptie pour éviter les inoculations nouvelles. M. Sabouraud conseille la solution suivante :

Eau bouillie ambrée à saturation et filtrée.....	1 litre.
Safran.....	0 gr. 40
Sulfate de zinc.....	7 grammes.
Sulfate de cuivre.....	2 —

En quelques jours, les lésions épidermiques se séchent ; on protégera alors l'épiderme nouveau avec une pommade du type suivant :

Oxyde de zinc.....	1 gramme.
Calomel.....	0 gr. 20
Vaseline.....	20 grammes.

La durée du traitement est de 10 à 12 jours.

Aux doigts, il faudra abraser aux ciseaux des lambeaux épidermiques de la phlyctène ecthymateuse avec des ciseaux fins posés à plat sur la peau. Une fois le petit ulcère épidermique mis à nu, on le déterge avec un petit tampon imbibé de solution de nitrate d'argent au 1/20.

Dans certaines formes ulcéreuses torpides évoluant comme un ulcère de la jambe, et dans lesquelles le bourgeonnement cicatriciel tarde à se faire, on détergera avec de l'eau bouillie tiède ou un antiseptique léger comme une solution d'oxycyanure d'hydrargyre au 1/50000, en projetant un jet assez fort avec une seringue.

On saupoudre ensuite avec de la poudre de sous-carbonate de fer, on recouvre de coton hydrophile et on laisse le pansement en place pendant vingt-quatre heures.

Quand la cicatrisation est au trois quarts effectuée, on applique des emplâtres occlusifs aseptiques à l'oxyde de zinc, à l'huile de foie de morue. On peut, de même, recouvrir au pinceau la cicatrice en voie de se faire par une couche de vernis antiseptique, tel que le Baume du Commandeur.

(Etoile méd. — Ann. thérap.)

Le prurigo chez l'enfant.

par le Dr C. MAS (Th. de Montp.)

Le prurigo simplex et le prurigo de Hebra sont les modalités cliniques d'une seule et même affection ; l'un est la forme aiguë, l'autre la forme chronique du prurigo

dont le symptôme objectif capital est constitué par la papulo-vésicule.

Le prurigo simplex est très fréquent chez l'enfant. La lésion élémentaire est une petite papule acuminée, rosée, à sommet blanchâtre, se desséchant rapidement. L'éruption se fait par poussées successives, principalement sur le côté externe des membres supérieurs, la face antérieure des membres inférieurs, la région postérieure des fesses. Le prurit très intense à exacerbations nocturnes est le symptôme prédominant. La terminaison est toujours favorable.

Le prurigo de Hébra débute comme le prurigo simplex, par le prurit des éléments orties et une éruption de papulo-vésicules, mais celles-ci ne tardent pas à former des placards rouges enflammés, suintants et, aux lésions de grattage, viennent se rejoindre de l'eczématisation et de la lichénisation de la peau avec hypertrophie ganglionnaire. Il est éminemment rebelle au traitement.

Le prurigo est avant tout une toxidermie, le résultat d'une auto-intoxication provoquée par des écarts de régime répétés, une suralimentation exagérée ou une alimentation mal appropriée au tube digestif et à l'âge de l'enfant.

La base essentielle du traitement sera un régime sévère, dont le lait sera le principal élément. L'acide lactique à l'intérieur est le médicament qui donne le meilleur résultat. Les lotions vinaigrées suivies d'applications de poudres inertes sont le meilleur traitement externe.

(Gaz. des hôp. — Ann. thérap.)

MALADIES VENERIENNES

Conseils à donner aux malades atteints d'une maladie vénérienne.

Depuis un certain nombre d'années déjà, on délivre à ces malades, dans tous les services médicaux qui dépendent de l'Administration de la bienfaisance publique, à Paris, des imprimés sur lesquels sont consignées les précautions que le malade doit prendre pour ne pas communiquer son affection à ses semblables et les règles qu'il doit observer lui-même pendant tout le cours de celle-ci. Ces excellentes mesures, que nous devons à Fournier, ont trouvé des imitateurs dans les cliniques et polycliniques de Berlin. Chez le professeur Lesser, j'ai vu distribuer aux malades une carte portant les instructions suivantes :

REGLES A SUIVRE. — a) *Blennorrhagie.* — 1° La maladie est très contagieuse. Vous ne pouvez avoir des rapports sexuels qu'après la guérison de celle-ci ;
2° La moindre quantité de pus venant en contact avec les yeux y provoque une inflammation violente, qui peut se terminer par la perte de la vue. C'est pour cela

que vous devez vous laver les mains chaque fois que vous touchez la verge ;

3° Vous devez éviter la bière, l'eau-de-vie, le vin (sauf le vin rouge coupé d'eau) et les autres boissons alcooliques, ainsi que les mets épicés ;

4° Les fatigues corporelles, telles que celles qui résultent de la marche forcée, de l'usage du vélo, etc., doivent être évitées ; vous ne pouvez ni vous livrer aux plaisirs de la danse ni monter à cheval ;

5° Vous devez porter un bon suspensoir ;

6° Vous devez pratiquer les injections exactement d'après les indications de votre médecin ; avant de les faire, vous devez uriner ;

7° Vous devez pratiquer des lavages journaliers afin de tenir les parties malades dans un état de propreté parfaite ;

8° La seringue d'injections doit toujours être propre ; elle doit séjourner dans de l'eau boriquée ;

9° Le traitement ne doit être considéré comme fini que sur l'avis formel du médecin, car il arrive que, malgré la disparition de tous symptômes, il séjourne encore de la matière infectieuse dans l'urètre ;

10° Avant de vouloir vous marier, il est absolument nécessaire que vous vous fassiez visiter par un médecin.

1) *Syphilis.* — 1° Vous êtes atteint d'une maladie vénérienne (syphilis) ;

2° Votre maladie reste contagieuse durant quelques années ;

3° C'est pourquoi vous devez veiller à ne pas la transmettre à d'autres personnes, soit en les embrassant soit en partageant leur lit, leur cuillère, leur fourchette, leur verre, leur serviette, etc. ;

4° Votre maladie ne peut pas être guérie après une cure unique. Il est probable que dans peu de temps vous verrez apparaître de nouvelles manifestations, par exemple de petites ulcérations ou des douleurs dans la bouche dans la gorge, aux organes génitaux, ou des taches sur le corps,

5° Dès que vous vous apercevez de ces manifestations, vous devrez subir une nouvelle cure ;

6° Mais alors même que vous ne remarquez rien du tout, vous devez vous faire fréquemment visiter par votre médecin et subir éventuellement une nouvelle cure ;

7° Cette cure ne doit pas être subie nécessairement dans un hôpital et ne doit probablement pas vous faire interrompre votre travail ;

8° Quand vous aurez fait ainsi plusieurs cures par an, pendant trois années consécutives, vous n'aurez probablement pas à craindre des accidents tardifs, plus graves (par exemple : caries osseuses, hémorragie cérébrale, etc.) ;

9° Ce n'est que quatre à cinq ans à partir du jour de l'infection, et seulement après avoir reçu la permission du médecin, que vous pourrez vous marier, parce qu'autrement la maladie pourrait être transmise à votre femme (mari) et retomber sur vos enfants ;

10° Votre maladie est parfaitement curable à condition d'être bien soignée ;

11° Conservez cette carte pour pouvoir la montrer à votre médecin quand vous irez le consulter pour n'importe quelle affection ;

12° Ne montrez cette carte à personne autre qu'à votre médecin.

Pareilles mesures de prophylaxie me paraissent devoir apporter à la lutte engagée contre les maladies vénériennes un concours des plus efficaces. Et je me permets en finissant d'émettre le vœu de voir l'exemple de Fournier et de Lesser imité chez nous dans les services universitaires et dans les policliniques particulières.

(*J. méd. de Bruxelles — Ann. ther.*)

Traitement galvanique de l'arthrite blennorrhagique

par M. MATHIEU (Soc. thérap.)

On sait combien les arthralgies rhumatoïdes d'origine blennorrhagiques sont rebelles aux divers traitements qu'on leur a opposé jusqu'ici. Or, des essais thérapeutiques, institués dans mon service par M. Delherm, ont montré que ces arthrites peuvent être jugulées en trois à quatre jours au moyen de la galvanisation des parties malades. Dans ces essais, qui ont porté sur six sujets et sur treize articulations atteintes d'arthrite blennorrhagique d'intensité considérable avec ou sans gonflement péri-articulaire, M. Delherme s'est servi d'une pile au bisulfate de manganèse ou de mercure et de larges électrodes ou simplement de gâteaux de terre glaise qu'on appliquait aux deux pôles opposés de l'articulation. Le courant devant être assez fort pour passer à travers la jointure, son intensité variait entre 20 et 50 milliampères suivant les cas. La durée des séances était d'un quart d'heure. Le premier jour on faisait deux séances, puis on se bornait à une séance par jour. Les effets de ce traitement furent des plus remarquables. L'amélioration se montrait déjà au bout de deux à trois heures après la première séance, mais elle était surtout appréciable le lendemain : le malade avait passé une bonne nuit, les douleurs s'étant atténuées ; le membre avait dégonflé et sa motilité se trouvait en partie rétablie. La guérison survenait en deux à six séances ; dans un cas seulement, il a fallu quatorze séances pour l'obtenir. Jamais on n'a vu subsister, après la guérison, de raideur articulaire ni observé d'atrophies des muscles, si fréquentes à la suite d'arthrites blennorrhagiques. Mais ce qui frappe surtout dans les résultats de ce traitement, c'est moins l'absence des atrophies musculaires (que l'emploi du massage permet également d'éviter), que la rapidité de la guérison.

M. Delherme a essayé le courant faradique contre les arthrites blennorrhagiques, mais il en a obtenu des effets très inférieurs à ceux du courant continu.

(*Indep. méd.*)

THERAPEUTIQUE

De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain refractaire ou résistant hyperacide et arthritique

par M. le Docteur SAMUEL BERNHEIM.

(*Suite*)

II

La cure hygiéno-diététique agit en opérant la transformation d'un terrain vulnérable hypoacide, en terrain résistant, hyperacide. — Si la pathogène de la tuberculose et l'analyse du terrain tuberculeux nous ont conduit à des conclusions toutes différentes de celles qu'on admettait jusqu'ici, est-ce à dire que la thérapeutique en doit être aussi modifiée de fond en comble, et que rien ne soit à garder de l'expérience du passé ?

Telle n'est assurément pas notre pensée.

La thérapeutique qui est si souvent empirique, — parce que souvent, à vrai dire, elle ne peut faire mieux — est arrivée, dans la cure de la tuberculose, à des résultats excellents, définitivement acquis. Les faits sont indéniés. Leur interprétation seule peut différer.

Si la cure hygiéno-diététique, qui est aujourd'hui si justement en honneur, a donné une proportion de guérisons inconnues jusqu'à elle, c'est parce que, précisément à son insu sans doute, elle réalisait cette transformation de terrain que nous avons montrée comme étant la thérapeutique la plus rationnelle de la tuberculose.

Les partisans de la cure hygiéno-diététique ont bien raison de préconiser leur méthode et de la proclamer la meilleure. Elle l'est, en effet. Et si notre dessein est de la compléter et de l'améliorer dans ce qu'elle nous semble avoir encore d'incomplet et de défectueux, nous n'avons certes pas celui de contredire à tous les succès qu'on lui sait. Mais où nous différons d'opinion, c'est dans l'interprétation qu'on peut donner de cette cure.

Nous voudrions montrer ici que les éléments de l'hygiéno-diététisme, que les méthodes thérapeutiques qui sont aujourd'hui le plus en faveur, n'ont fait en somme qu'appliquer à leur insu les principes pathogéniques que nous venons d'établir — que réaliser la transformation d'un sol tuberculeux hypoacide en un sol résistant hyperacide. Elles ont appliqué ces principes sans le savoir. Et des beaux résultats auxquels elles sont arrivées, il importe de donner enfin l'explication qui nous semble la vraie. Parce que, à interpréter ainsi les choses, de nouvelles conclusions pratiques pourront surgir, qui compléteront la thérapeutique.

Voyons donc comment agit la triple cure d'air, de repos et d'alimentation qui constitue toute la triade thérapeutique de Brehmer et la cure hygiéno-diététique suivie dans les Sanatoria.

1° *La cure d'air.* — On a dit, tout d'abord pour interpréter les améliorations dues à la cure d'air ou d'altitude que l'atmosphère des montagnes ou des hauts plateaux était presque aseptique comparativement à celui des villes et des milieux où vivent le plus grand nombre des tuberculeux.

Cette explication n'a pas été reconnue fondée. Que l'air des plateaux de l'Engadine ou des stations pyrénéennes soit plus pur que celui des grandes agglomérations — c'est un fait qui n'avait pas besoin de démonstration. Mais du moment où l'on a reconnu que le bacille de Koch, importé sur ces altitudes par un malade, y vivait, s'y reproduisait et colonisait avec autant de facilité que dans une atmosphère urbaine, l'explication devenait insuffisante. Car on ne pouvait rapporter à une action antiseptique ou microbicide illusoire l'amélioration due à la cure d'air.

Le bacille de Koch semble coloniser merveilleusement partout où un poumon humain peut respirer. Il n'est pas d'altitudes habitées à l'abri de son contact. Si les altitudes améliorent en général la tuberculose c'est dans un autre mode d'action qu'il en faut trouver la raison.

On a dit avec plus de raison que l'hématose s'accomplissait mieux sur une hauteur que dans une plaine basse. Il est incontestable que l'altitude favorise la multiplication des globules rouges, augmente le taux d'hémoglobine — et favorise, par suite, la respiration intense des tissus et les échanges gazeux.

Mais on a montré aussi que cette multiplication globulaire était très éphémère, qu'elle cessait dès que le malade descendait la montagne ; et qu'on ne pouvait, par ce seul mécanisme d'une hyperglobulie temporaire, expliquer une amélioration qui persistait parfois longtemps au-delà du temps de la cure d'altitude.

C'est qu'il nous paraît nécessaire de chercher cette raison dans une modification profonde imprimée à la nutrition des malades — véritable transformation des milieux intérieurs, c'est-à-dire du terrain organique, opérée par la cure d'air et d'altitude.

Le Dr Boureau a trouvé que les climats chauds et humides diminuent l'acidité humorale, — que les climats froids ou secs l'augmentent. L'expérience est facile à faire même sur l'homme bien portant, sur le touriste qui passe une quinzaine dans une station d'altitude, et prend soin de faire le dosage de son urine avant et après son séjour sur la montagne.

« Nos résultats, dit le professeur Jacquet, de Blâs, sont la confirmation des recherches de Mermod et de Veraguth, qui, comme nous, ont trouvé une élévation de la production de l'acide carbonique à la montagne. L'augmentation constatée par Veraguth fut, il est vrai, beaucoup plus forte que celle que nous avons observée ; la production d'acide carbonique s'est élevée de 35 0/0 chez cet auteur, par suite du passage de Zurich à Saint-Moritz, tandis que pour nous, au Chasseral, elle n'a

menté que de 10 à 14,8 0/0 suivant l'heure des observations, et pour Mermod de 7,2 0/0 seulement. Un autre analogie existe entre nos résultats et ceux de Veraguth. Cet observateur a, comme nous, constaté que l'augmentation de la production de l'acide carbonique persiste pendant un certain temps après le retour dans la plaine. »

En outre des effets stimulants attribués à l'influence de l'altitude et qui fait que l'appétit renaît, que les forces reviennent, que le sommeil est meilleur, etc... — le rôle important de la cure d'air est de relever le taux de l'acidité urinaire. Ou — plus exactement — tous les effets stimulants et toniques suivent la transformation fondamentale imprimée par l'altitude au terrain tuberculeux ; de terrain hypoacide. C'est là, encore une fois, le fait important — le seul qui puisse nous expliquer l'influence bienfaisante de la cure d'air.

(à suivre)

Jaune d'œuf et lecithine

A l'un de nos derniers numéros, notre collaborateur Brissemoret, dans son étude vieux médicaments, donnait plusieurs formules du *sirop d'œufs*, et rappelait qu'autrefois Payen avait insisté sur l'action reconstituante des jaunes d'œufs, en raison même de leur teneur en « matière phosphorée » constatée dès 1846 par Gobley. C'est ce qui a donné l'idée à quelques auteurs, et à Colleville (de Reims), de pratiquer des injections hypodermiques de jaunes d'œufs, à titre de médication tonique et reconstituante. Voici la préparation indiquée dans la thèse de Saint-Aubin (Paris 1900) :

Des jaunes d'œufs frais sont mêlés à poids égal à de l'huile de vasoline. On agite le mélange, et après quelques heures, celui-ci prend une cohésion parfaite. On laisse reposer 36 heures, puis on porte au bain-marie, et le liquide est ensuite filtré et stérilisé. On pratique, par séries de 5 jours, des injections de un à cinq centimètres cubes de ce liquide profondément dans la fossette rétro-tranchantérienne, et alors on constate, après quelque semaines, une augmentation et un relèvement des forces. (Ces injections ne sont ni douloureuses, ni irritantes.)

Cette médication reconstituante par le jaune d'œuf est excellente, et on l'applique depuis longtemps avec le vulgaire *lait de poule*, bien connu dans les campagnes. Cependant, si l'on considère que les jaunes d'œuf renferment, non seulement de la matière phosphorée, ou lecithine, mais encore des nucléines capables d'augmenter les proportions de l'acide urique, il est préférable d'avoir recours à l'emploi de la lecithine en nature avec doses de 0,10 à 0,30 cent. par jour en ingestion stomacale, et de 0,10 à 0,20 centigr. en injections sous-cutanées. Dans notre service, notre interne M. Bergouignan a obtenu plusieurs augmentations considérables et rapides de poids

(2 à 3 kilog. au moins en 15 jours) chez des tuberculeux et chez une femme très anémique atteinte d'ulcère de l'estomac. Sous l'influence de cette médication absolument inoffensive, bien étudiée à l'étranger par Danilewski, César Serono, Tonelli, Foa, et en France par Desgrez et Zaki, Fournier et Gilbert, Huchard on noté assez rapidement une augmentation de l'appétit, des forces et du poids. Cette médication doit prendre une place importante dans la pratique médicale pour le traitement de l'anémie, de la tuberculose, du rachitisme, de certains diabètes, comme Lancereaux vient de le démontrer à l'Académie, et surtout de la neurathénie.

(J. des praticiens.)

L'oxycyanure d'hydrargyre en thérapeutique.

Il y a quelques temps, dans ce journal, M. Deguy, montrait les avantages que l'on peut retirer de l'oxycyanure d'hydrargyre comme antiseptique, et sa supériorité réelle sur le sublimé, à savoir : qu'il irrite moins la peau, qu'il n'attaque pas les instruments et qu'il est plus facilement toléré pour le lavage des muqueuses vaginales et buccales.

De plus, au point de vue exclusivement pratique, il est d'un emploi très facile sous forme de comprimés. Ceux-ci, ainsi qu'il résulte des recherches de M. Guillaumin peuvent être colorés en jaune par l'acide picrique et peuvent être immédiatement rendus solubles dans l'eau froide à condition d'employer un produit chimiquement pur et défini. La question en était là, quand M. Genouvills vient de montrer l'utilité de ce médicament dans la thérapeutique uréthro-vésicale. Ce sel paraît doué d'une efficacité remarquable dans les uréthrites à gonocoques ; en particulier, dans les écoulements anciens ou chroniques, dans ceux compliqués de cystite légère, de prostatite. Il donne de beaux succès dans la plupart des cas où le permanganate est ordinairement mise en usage et il lui est souvent supérieur.

Tantefois, il est inférieur au nitrate d'argent dans tous les cas où ce dernier sel est actuellement considéré comme indiqué, mais il est très supérieur à l'eau boriquée, dans tous les cas. Il doit s'employer à la période de déclin des blennorragies pour hâter la guérison ; mais chez les vieux rétrécis, il ne sera pas d'une efficacité remarquable.

L'oxycyanure a sur le permanganate l'avantage d'être absolument dénué de toute action irritante sur la vessie et le canal. La vessie supporte l'oxycyanure au millième aussi facilement que l'eau boriquée, et on peut à loisir masser la prostate sans que le malade soit gêné par le besoin d'uriner.

Les doses à employer, d'après Genouville, varient de 1/5000 à 1/1000. Il faut déjà tâter la susceptibilité individuelle par une faible dose, mais on pourra rapidement et sans crainte arriver aux solutions au 1/2000 ou même plus concentrées.

(J. des praticiens.)

Traitement de l'iléus par l'atropine

M. Rumpel (Soc. méd. de Hamb.) tout en admettant que les cas d'iléus guéris par l'atropine sont sujets à critique, estime pourtant que dans certaines circonstances cette guérison ne saurait être niée. Pour sa part, il a observé deux cas dans lesquels l'action de l'atropine a été manifeste.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 64 ans, atteinte depuis plusieurs années de bronchite avec dilatation des bronches. Un jour elle est prise brusquement de coliques violentes qui surviennent par accès puis de vomissements fécaloïdes et tombe dans un état de collapsus.

A l'examen de la malade, le diagnostic d'iléus s'impose. Ces anses intestinales sont distendues et immobiles : la diurèse est supprimée.

Le traitement par la morphine et les lavages de l'intestin n'ayant donné aucun résultat, et une intervention opératoire ayant été jugée impossible dans l'état de faiblesse dans lequel se trouvait la malade, on fait une injection sous-cutanée de 1 milligramme d'atropine. Une amélioration semble se produire, aussi se décide-t-on à faire une deuxième, puis une troisième injection d'atropine, si bien que dans l'espace de 14 heures on fit à la malade 5 injections d'atropine, chacune de 1 milligramme ; 10 heures plus tard, soit 36 heures après le début des accidents, la malade eut une selle spontanée et guérit rapidement.

Le second cas a trait à une femme de 50 ans, obèse, qui est prise brusquement, au matin, de douleurs violentes d'abdomen. On fait une injection de morphine, mais la situation s'aggrave rapidement ; le ventre se ballonne, il y a du collapsus et la malade présente tous les signes d'iléus aigu. On fait alors, à plusieurs heures d'intervalle, trois injections de morphine, une de 1 milligramme et deux de 5 milligrammes ; 12 heures après, la malade a une selle spontanée et tout rentre dans l'ordre.

D'après M. Rumpel, le traitement par l'atropine ne réussit que dans l'iléus paralytique, qu'on observe à la suite des opérations abdominales, en cas de péritonites diffuses, dans les contusions de l'abdomen, en cas d'accumulation de matières fécales et de gaz, dans l'hystérie grave. L'atropine échoue par contre dans l'iléus d'origine mécanique (volvulus, invagination, étranglement interne, tumeur, etc.).

Quant au mode d'action de l'atropine dans les cas du premier groupe, il faut l'attribuer à la propriété que possède cette substance de paralyser les muscles lisses et de diminuer la sécrétion de l'intestin. On sait du reste, que l'atropine a été préconisée par Trousseau dans le traitement de la constipation opiniâtre.

Ce qui est encore remarquable, c'est qu'en cas d'iléus l'atropine peut être administrée à des doses toxiques sans provoquer des symptômes d'intoxication.

(Ind. méd.)

Revue des journaux

MEDECINE

Méningite. — Mononucléose puis polynucléose du liquide céphalo-rachidien.

M. Bernard (Soc. nat. méd. de Lyon) présente le cerveau d'un malade ayant succombé à une méningite tuberculeuse. Il s'agit d'un homme entré, le 10 avril 1900, à l'hôpital des Genettes pour une congestion pulmonaire suspecte. L'évolution de l'affection et l'autopsie ont montré, en effet, qu'il s'agissait d'une tuberculose à forme broncho-pneumonique.

A la fin d'avril le malade semblait aller mieux, lorsque, subitement, un soir, il tombait dans un état comateux progressif, avec vomissements sans efforts, incontinence des urines et des matières. Le lendemain il présentait des signes non douteux de méningite : déviation de la tête et des yeux, raideur de la nuque, inégalité pupillaire, etc., etc.

Une ponction lombaire fut faite. On retira 35 centimètres cubes d'un liquide clair. Par centrifugation on vit que ce liquide ne renfermait que des mononucléaires ; le diagnostic de méningite tuberculeuse s'imposait donc.

A la suite de cette ponction le malade eut une légère amélioration passagère d'un jour ou deux, mais, rapidement, le coma survenait à nouveau.

Quatre jours après, on fit une nouvelle ponction. Le liquide était toujours clair, mais, cette fois, on trouvait des polynucléaires en immense majorité. Le cyto-diagnostic de Widal semblait en défaut, puisque, dans une même méningite, on pouvait avoir, à quatre jours d'intervalle, une formule leucocytaire différente. Fallait-il penser à une infection secondaire, à une méningite mixte ?

L'autopsie, faite samedi, a montré qu'il s'agissait, en effet, d'une méningite tuberculeuse compliquée de méningite purulente. A la base, on trouve des granulations tuberculeuses et, en même temps, en arrière du bulbe, un petit placard jaunâtre, formé de pus concret. La culture de ce pus a donné en abondance, des microcoques dont la nature n'a pu être encore déterminée.

La formule leucocytaire de Widal se trouvait donc en parfaite concordance avec les faits.

(Méd. orientale.)

Sur la valeur pronostique de la diazo-réaction et de la présence des éosinophiles dans les crachats chez le tuberculeux.

M. Stadelmann (Soc. méd. int. Berlin) dit avoir fait dans 152 cas de tuberculose pulmonaire la recherche de

la diazo-réaction d'Ehrlich ; le résultat a été positif 55 fois. Chez des sujets gravement atteints, cette réaction disparut pour un certain temps, ou même fut toujours absente, tandis qu'on l'observa dans des formes plus bénignes. Ces faits montrent que non seulement la diazo-réaction n'a aucune valeur diagnostique, mais encore que ce n'est qu'avec réserve qu'on peut l'utiliser pour établir le pronostic.

D'autre part, l'orateur ne saurait partager l'opinion de M. Teichmüller qui considère comme un signe favorable l'abondance des éosinophiles dans l'expectoration, car M. Stadelmann a vu des malades chez lesquels ces éléments étaient particulièrement nombreux succomber rapidement, tandis que dans des cas de simple catarrhe du sommet les éosinophiles étaient rares.

(Indep. méd.)

De l'obésité.

par M. LEVEN (Th. de Paris).

Dans un très important travail, M. Leven étudie successivement la pathogénie et l'étiologie de l'obésité.

Il montre que l'obésité relève de causes autres que l'augmentation des recettes et la diminution des dépenses.

L'obésité est un symptôme morbide et non une maladie. Ce symptôme morbide a sa raison d'être dans une nutrition troublée : comme la nutrition est sous la dépendance du système nerveux, il est logique de chercher si le système nerveux peut avoir une influence directe sur l'engraissement.

Or, des preuves cliniques très nombreuses viennent confirmer cette hypothèse.

C'est ainsi que l'on peut voir l'adipose localisée se produire à la suite de lésions nerveuses, de névralgies anciennes ; on observe l'adipose généralisée à la suite d'émotions morales, de traumatismes (à rapprocher des diabètes traumatiques), de maladies du système nerveux, de névroses, etc.

De plus, les symptômes de neurasthénie et de névrose se retrouvent toujours chez les obèses.

On doit considérer, chez l'obèse, le malade dont la nutrition est troublée ; l'accumulation de graisse n'est qu'un symptôme secondaire qui ne mérite pas de fixer seul l'attention.

A propos de l'étiologie de l'obésité, M. Leven montre que tous les obèses sont dyspeptiques. La dyspepsie peut être méconnue, si l'on ne recherche pas avec soin les symptômes secondaires (toux et dyspnée gastriques, névralgies intercostales, etc.) qui peuvent se substituer aux symptômes gastriques proprement dits, lorsque la dyspepsie est ancienne.

Etudiant les coefficients urinaires chez les obèses dont l'obésité n'est pas compliquée d'une lésion rénale, cardia-

que, hépatique ou autre, M. Leven a trouvé des coefficients analogues aux coefficients normaux.

Les malades dont il a analysé les urines ont été soumis à une alimentation d'épreuve composée de lait, de sucre et d'œufs dont les quantités variaient avec les besoins et les dépenses des sujets en expérience.

M. Leven signale aussi la constance des symptômes gastro-intestinaux et des symptômes de névrose ou de neurasthénie, dans l'obésité et dans l'engraissement pathologique simple.

Il appelle engraissement pathologique simple l'augmentation brusque du poids (4 à 5 kilogrammes) en un temps très court (quelques semaines), chez un sujet adulte non amaigri.

Il a observé la succession de l'amaigrissement et de l'engraissement chez un même sujet, en dehors de toute intervention thérapeutique et de toute modification de régime, lorsque toutes les causes habituelles capables de provoquer l'amaigrissement font défaut (tuberculose, diarrhée, anorexie, etc.).

Ces alternances d'une part, les symptômes gastro-intestinaux et nerveux que l'on retrouve dans cette variété d'amaigrissement pathologique simples d'autre part, l'influence heureuse d'une même thérapeutique dans l'engraissement et l'amaigrissement en dernier lieu, permettent de supposer qu'il n'y a pas un abîme infranchissable entre ces deux symptômes d'une nutrition troublée.

En terminant, M. Leven passe en revue tous les régimes conseillés aux obèses et propose un traitement fondé sur sa conception de l'obésité. Ce traitement a réussi chez ces malades ; ils ont maigri en se nourrissant à leur gré d'aliments d'une digestin facile de féculants essentiellement ; ils ont amaigri en diminuant l'exercice physique, alors qu'ils engraisent en se fatiguant beaucoup. Une fois amaigris l'amaigrissement est resté définitif, parce que leur nutrition était restaurée, et parce que les divers autres troubles (dyspepsie, surmenage, etc.) ont été combattus parallèlement.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Signe précoce et pathognomonique de la grippe

par KOLIPINSKY.

Sur le voile du palais, la voûte palatine, les piliers, abondantes ou discrètes, limitées à certains points, se distinguent, surtout à la lumière du jour, de petites éleveures transparentes ou d'un blanc nacré sur un fond rouge, à teinte plus vive chez les fumeurs, les alcooliques, d'une pâleur de cire chez les tuberculeux, les cachectiques ; des hémorragies punctiformes peuvent donner une teinte écarlate. Au toucher, l'on a une sensation très nette de surface dure et rugueuse. Des produits de sé-

crétion peuvent masquer cette éruption qui ne cause nul phénomène subjectif.

(Sem. méd. — Lyon méd.)

CHIRURGIE

Blepharite ciliaire, sa cause lacrymale et son traitement.

par GALEZOWSKI.

En se basant sur des faits nombreux qu'il observe tous les jours à sa clinique, l'auteur formule les conclusions suivantes :

1) Toute blépharite ciliaire, glandulaire ou pityriasique, dépend en grande partie d'un rétrécissement ou d'une oblitération des voies lacrymales.

2) Les blépharites ciliaires invétérées, simples ou compliquées de déviation du bord palpébral (ectropion), de conjonctivite ou de kératite ulcéreuse herpétique, etc., lorsqu'elles durent longtemps, sont guéries par le cathétérisme des voies lacrymales.

3) Les blépharites ou blépharo-conjonctivites chez les granuleux, seront améliorées très rapidement par l'élargissement du point et du canal lacrymal.

(Recueil d'opht. — Arch. méd. et chir. spéc.)

Sur le cyto-diagnostic cephalo-rachidien.

par M. RENDU (Soc. méd. des hôp.)

L'observation suivante montre que la constatation de lymphocytose céphalo-rachidienne ne doit pas faire conclure toujours à une méningite. C'est simplement un signe d'irritation méningée.

Il s'agit d'un homme qui fut amené à l'hôpital dans le subcoma et en complète aphasie. Ces symptômes étaient survenus brusquement à la suite d'une chute. A cause de cette étiologie, on fit raser le crâne pour rechercher les traces de traumatisme ; il n'existait absolument aucune lésion visible, et l'ensemble symptomatique faisait plutôt incliner à penser à une méningite en plaques ou à une artérite sylvienne tuberculeuse ou syphilitique. On fit une ponction lombaire, qui montra une légère lymphocytose, et on conclut à la méningite tuberculeuse. L'évolution ultérieure confirma dans ce diagnostic, et le malade mourut peu après.

A l'autopsie, pas de méningite, mais fracture du crâne.

Ce fait montre : 1° Qu'il peut exister des fractures du crâne mortelles sans aucune trace de traumatisme.

2° Qu'une fracture du crâne peut causer un ensemble clinique capable de simuler une méningite tuberculeuse.

3° Que la formule lymphocytaire n'est pas propre aux méningites chroniques, mais qu'une fracture du crâne peut donner la même formule.

M. Achard. — La présence exclusive des lymphocytes montre que la fracture du crâne ne s'était pas infectée et que le processus de réaction méningée avait une tendance à l'organisation.

M. Vidal. — L'intéressante communication de M. Rendu montre que le cyto-diagnostic céphalo-rachidien n'intéresse pas seulement les médecins, mais les chirurgiens. Toute cause d'irritation chronique, si légère soit-elle, des méninges, est capable d'amener cette lymphocytose. La polynucléose, au contraire, est la traduction d'une irritation forte et aiguë.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Lupus traite par la méthode du Dr Dethlefsen.

Il s'agit de deux cas de lupus vulgaire. 1 cas : Femme mariée, âgée de 36 ans : Lupus de la face. Le début de la maladie remonte à 22 ans. Le lupus a envahi tout le nez jusqu'au front et les deux joues. Il existe en tout 10 ulcérations, dont 4 siègent sur le nez et 3 sur chaque joue. Les teguments autour des ulcérations sont excessivement infiltrés, gonflés et d'une coloration bleu-rouge. On a pratiqué plusieurs fois le râclage, mais sans aucun résultat.

Après avoir râclé les ulcérations, le docteur Dethlefsen, commença le jour suivant son traitement qui consistait en pulvérisations de chlorure d'éthyle sur les parties affectées. Les pulvérisations d'une ou deux minutes à peu près, étaient renouvelées tous les deux jours. Tout traitement interne et externe fut proscrit. Immédiatement après chaque congélation les parties affectées gonflaient, prenaient une coloration rouge et restaient dans cet état jusqu'au jour suivant. C'est à ce moment qu'elles commençaient à se décolorer et à se rétracter. Après la sixième pulvérisation toutes les ulcérations étaient guéries, l'infiltration des joues avait complètement disparue. Bientôt après, la malade quitta l'hôpital et son état allait toujours en s'améliorant. Les endroits où siégeaient les ulcérations étaient couverts d'une peau lisse et ne présentaient plus le moindre gonflement ou rougeur. Pas de cicatrices défigurantes, excepté celles qui étaient dues à la longue durée de la maladie.

2 Cas : — Femme âgée de 29 ans. Lupus de la face dont le début remonte à 12 ans. Même traitement que dans le cas précédent : congélation énergique des parties affectées, mais sans râclage ou scarification préalable. Pendant la première semaine la congélation fut renouvelée tous les jours, puis tous les deux ou trois jours et finalement une ou deux fois par semaine.

Au moment où la malade quitta l'hôpital (au bout de 12 semaines), l'ulcération de la joue gauche était gué-

rie et couverte d'une peau lisse ; les tubercules avaient disparu, le nez avait le volume et la forme normale et le teint de ce dernier, ainsi que celui de la joue, était à peu près normal.

Les pulvérisations de chlorure d'éthyle n'avaient occasionné aucune douleur aux malades, mais il était nécessaire, afin de faire éviter aux malades une narcose profonde pouvant résulter de l'inspiration des vapeurs de chlorure d'éthyle, de leur tamponner le nez et de les faire respirer par un tube en verre.

J'ai cru utile de relater les deux observations intéressantes du docteur Dethlefsen, étant d'avis qu'elles peuvent avoir une grande portée, non-seulement en ce qui concerne le traitement du lupus, mais aussi de la plupart des maladies parasitaires, susceptibles d'être abordées par voie externe.

(Louis BRAMSON (Copenhague) in Arch. méd. chir. spé.)

Le pronostic des fractures du crâne par la ponction lombaire.

MM. Tuffier et Milian (Soc. anat.) rappellent l'intérêt diagnostique qu'il y a, au cas de fracture supposée du crâne, à pratiquer la ponction lombaire. Ils apportent aujourd'hui un exemple qui montre l'intérêt pronostique de cette ponction : chez un individu tombé d'automobile, ayant présenté les signes d'une fracture du crâne corroborés par la constatation d'une forte coloration hémorragique du liquide céphalo-rachidien, MM. Tuffier et Milian ont pratiqué successivement trois ponctions à plusieurs jours d'intervalle. L'examen du liquide a montré les faits suivants :

Macroscopiquement, au 5e jour, le liquide était rouge, au 8e jour, couleur chair, au 10e, jaune verdâtre, ce qui permettait d'affirmer la résorption progressive de cette "écchymose céphalo rachidienne."

Microscopiquement et par numération des éléments cellulaires, on constatait de même cette résorption progressive du sang épanché ; au 8e jour, le nombre des hématies était de 9,587 par millimètre cube, et celui des leucocytes était dans la proportion habituelle des éléments figurés du sang, ce qui montrait qu'il n'y avait pas trace d'infection. Au 10e jour, le nombre des hématies n'était plus de 192 par millimètre cube, celui des leucocytes de 5. L'ensemencement du liquide céphalo rachidien à chaque ponction nous a permis d'affirmer ce que la formule leucocytaire faisait prévoir, à savoir : l'absence d'infection du liquide à travers les fissures osseuses.

On voit combien ces différentes notions sont importantes pour le pronostic.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

L'anatomie du canal sacre a propos de la technique des injections sous-arachnoidienne et epidurale.

par A. CHIPAULT.

La ponction sous-arachnoidienne doit être faite non par les espaces lombaires, mais par l'espace lombo-sacré, parce que cet espace, largement ouvert, entouré de points de repère faciles à déterminer, mène directement sur le réservoir sous-arachnoidienne inférieur, et qu'il n'y a point de danger de léser, à son niveau, les racines nerveuses, refoulées vers les parties latérales du canal.

La ponction épidurale doit être faite en se servant comme repère des cornes sacrées, beaucoup moins variables que le bord supérieur de l'U sacré. L'aiguille doit suivre la paroi postérieure du canal sacré creusé en gouttière longitudinale médiane ; elle doit pénétrer de cinq centimètres au moins, jusqu'au premier arc sacré. On ne court, en agissant ainsi, aucun risque de blesser les organes nerveux contenus dans la partie antérieure du canal. D'autre part il y a intérêt à porter le liquide injecté très haut, parce que les racines et leur système veineux offrent une disposition sériale, et parce que, chez l'homme vivant, où la graisse épidurale est liquide et contenue dans des espaces cloisonnés de tissu conjonctif, le liquide injecté se diffuse beaucoup plus mal que sur le cadavre ou les animaux. Enfin, l'injection doit être faite dans la position de Trendelenburg, qui lui permet de gagner directement la partie postérieure du canal, où, malgré ses cloisonnements, l'espace épidural est loin de présenter à la diffusion du liquide des obstacles analogues aux obstacles infranchissables constitués, en avant, par les épaisses travées radiculo-vertébrales et interradiculaires que nous avons décrites.

(*La Tribune méd. — Ind. méd.*)

GYNECOLOGIE

Traitement du cancer de l'uterus par le chlorate de soude.

par L. BOUCHER, de Rouen.

C'est en s'appuyant sur les résultats obtenus par M. Brissaud, que l'auteur a eu l'idée d'employer le chlorate de soude, qu'il administre selon la formule suivante:

R. Chlorate de soude..... 20 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.... 30 —
Eau distillée..... 100 —

M. F. une potion, dont le malade doit prendre de deux à huit cuillerées à soupe par jour.

On doit commencer par les doses les plus petites, afin d'habituer l'estomac à supporter le chlorate de soude, car, s'il est certaines malades qui tolèrent d'emblée les

fortes doses de ce médicament, la plupart éprouvent une certaine difficulté à le supporter.

Pour faire les applications locales du médicament, on emploie la poudre composée suivante :

R. Chlorate de soude..... 10 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.... 10 —
Iodoforme..... 5 —

M. pour l'usage externe.

On applique une petite quantité de ce mélange sur un tampon que l'on place ensuite sur le col de l'utérus.

Pour faire les tampons on peut se servir aussi de bandelettes de tarlatane stérilisée. Ces bandelettes auront une largeur de 0,15 centimètres et une longueur de 5 mètres. On les imbibera d'un mélange d'une partie d'iodoforme pour 20 parties de chlorate de soude et 20 parties de glycérine. Après les avoir bien exprimées on coupera ces bandelettes en morceaux de 0,10 centimètres de longueur que l'on attachera dans leur milieu avec un fil de soie, de manière à pouvoir les retirer facilement du vagin. Ces bandelettes seront portées sur le col de l'utérus, chacune d'elles contiendra ainsi environ un gramme de chlorate de soude.

Souvent il arrive, au bout de quelques jours, que les malades ne peuvent plus supporter l'iodoforme. Cette intolérance se manifeste par l'apparition de certains symptômes qui indiquent l'intoxication légère par cette substance. La langue devient sale et saburrale ; il se développe un très mauvais goût dans la bouche et l'on peut déceler la présence de l'iodoforme dans la salive par la réaction du calomel. Dans ces conditions, il fut supprimer l'iodoforme des pansements. On remplace alors la gaze iodoformée par des tampons de coton salolé que l'on trempe, au moment du pansement, dans une solution de chlorate de soude à 20%.

Dans l'un comme dans l'autre cas, on doit faire également, tous les jours, une injection vaginale avec un litre d'une solution de chlorate de soude à 10/00.

Les résultats que donne ce traitement du cancer de l'utérus sont les suivants. Au bout de quelques jours, on voit disparaître les hémorrhagies, ainsi que les écoulements fétides. En même temps, les douleurs diminuent rapidement, si bien que l'on peut supprimer les injections de morphine, dont les malades étaient obligées de se servir jusque-là. Bientôt le boursoufflement du col utérin diminue, les plaies se cicatrisent ; et, en même temps, on voit les malades reprendre de l'appétit et s'améliorer beaucoup. Il faut bien savoir cependant qu'il ne s'agit en somme, dans ces cas, que d'une médication palliative, car aussitôt que l'on vient à suspendre les pansements, on voit reparaître tous les désordres locaux et l'état redevient aussi mauvais qu'il était avant l'emploi du chlorate de soude. Et, même avec de la persévérance et de l'énergie dans la continuation du traitement par le chlorate de soude, on ne peut arriver à empêcher l'issue fatale de la maladie, car le médicament ne peut avoir

d'action sur les régions du cancer avec lesquelles on ne peut le mettre en contact.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

OBSTÉTRIQUE

De l'influence de la gonorrhée sur le puerperium, traitement

par ARNOLD W. LEA.

Après une revue rapide des travaux déjà parus sur la question, et une contribution clinique personnelle qui démontre fortement l'influence déplorable de la gonorrhée sur la grossesse et les suites de couches (endométrite, paramétrite, pelvi-péritonite, annexites, péritonite généralisée même), la gonorrhée agissant seule ou associée avec d'autres processus infectieux, l'auteur, au point de vue du traitement, qu'il tient pour très important, donne les conseils suivants :

Pendant la grossesse, tenir grand compte de l'existence d'un écoulement vaginal purulent, surtout durant les derniers mois. Faire une anamnèse soigneuse, pratiquer un examen local et, dans le cas de diagnostic douteux, soumettre à l'examen microscopique la sécrétion pour y rechercher les gonocoques.

On donnera des injections vaginales, et, si besoin, on fera des applications dans le vagin de tampons imbibés de glycérine-ichthyolée au dixième, de solution de protargol à 10 %, etc.

Durant le travail, vagin et col seront nettoyés à fond avec une solution antiseptique. Les déchirures du périnée seront minutieusement nettoyées et suturées.

Pendant le puerperium, les injections vaginales seront faites avec beaucoup de prudence à cause des grands risques qu'on court d'infecter l'endomètre.

Une élévation de température qui survient du troisième au quatrième jour traduit souvent l'invasion de la cavité utérine par les gonocoques, et, d'ordinaire, les lochies deviennent purulentes. En ces conditions, il faut recourir aux injections intra-utérines, répétées tous les jours s'il est nécessaire. Ou bien, on peut pratiquer un nettoyage de la cavité utérine avec un antiseptique, biiodure de mercure à 1 %, teinture d'iode 1 drachme pour une pinte, etc. Le curetage n'est pas approprié à ces cas sauf dans ceux, où il y a vraisemblance d'une rétention de produits ovulaires, auquel cas on y procède avec une curette mousse.

Si ces moyens thérapeutiques ne réduisent pas la fièvre, il est probable qu'il y a infection des annexes, du péritoine pelvien, et, alors le traitement local, intra-utérin, ne peut être que d'une efficacité médiocre. Le traitement sera : repos absolu au lit, injections vaginales, médication symptomatique, en même temps qu'on sur-

veillera très soigneusement les conditions locales pelviennes.

En quelques-uns de ces cas, la coeliotomie vaginale ou abdominale peut s'imposer, avec le but d'évacuer toute collection liquide séreuse ou purulente qui a pu se faire dans le bassin. Il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité du réveil, du retour à l'état aigu d'une vieille phlegmasie pelvienne ; car, cela peut donner l'explication des phénomènes observés et modifier beaucoup le traitement à appliquer.

(*Trans. North of Eng. Obst.—Ann. thérap.*)

De l'intervention dans l'inversion utérine.

M. Pinard (Soc. obst. gyn. et ped. Paris) a eu l'occasion d'observer récemment deux cas d'inversion utérine où la ligne de conduite suivie prouve que cette dernière doit beaucoup varier avec les circonstances.

L'une de ces femmes, âgée de vingt-deux ans, est accouchée pour la première fois, le jour de Pâques, à Romilly-sur-Seine ; elle est transportée à Paris huit jours après et entre le 14 avril à la Clinique Baudelocque. A son arrivée, on constate des phénomènes d'anémie aiguë. Le pouls, difficilement perceptible, est entre 120 et 140 ; pas d'élévation de température. Par le toucher, on sent l'utérus inversé qui remplit le vagin et présente une consistance uniforme. On n'arrive que très difficilement sur l'orifice cervical. La réduction manuelle était impossible, M. Pinard, après une désinfection soigneuse, place dans le vagin un ballon Champetier, ballon dont les dimensions sont un peu inférieures au plus grand modèle. Le soir, on constate que, sous son influence, l'inversion s'est réduite en grande partie, le fond de l'utérus est au niveau du col et redescend au moment des cris. M. Paquy, remet un ballon, mais cette fois du plus grand modèle, et le lendemain matin la réduction est complète. La température s'éleva, dans les jours qui suivirent, au voisinage de 40° et ne redevint normale qu'après une quinzaine.

Le second cas est de date plus ancienne. Il s'agit d'une femme qui, deux jours après un accouchement, faisant des efforts pour aller à la garde-robe sur un bassin, vit brusquement apparaître son utérus entre les jambes. On la transporta alors à la Clinique Baudelocque où l'on constate que l'utérus se laisse assez facilement refouler dans le vagin, mais qu'il ressort au moindre effort. L'étranglement est extrêmement serré, la consistance de la tumeur utérine n'est pas la même en tous points ; par places se voient de larges taches noirâtres comme s'il y avait un début de sphacèle. La femme présentait, de plus, de l'élévation de température, et M. Pinard, se décidant pour l'intervention radicale, pria M. Segond de débarrasser cette femme d'un organe qui avait été infecté et souillé de toutes façons.

M. Segond pratiqua l'hystérectomie extra-vaginale.

Après l'opération, on vit, comme dans le premier cas, la température rester très élevée pendant quinze jours, puis tout rentrer dans l'ordre.

(Ind. méd.)

DERMATOLOGIE

Traitement de l'eczéma infantile.

par KISTLER.

Trois indications à remplir dans le traitement de cette affection : 1° l'élimination des produits pathologiques ; 2° le traitement local ; 3° l'amélioration de la nutrition de l'enfant.

Le calomel, à la dose de 0 gr. 06 à 0 gr. 12 *pro dosi*, est indiqué une à trois fois par semaine. Pour le traitement local, l'auteur emploie l'onguent suivante :

Acide salicylique.....	1 gramme.
Sous nitrate de bismuth.....	20 —
Amyl. trit.....	7 gr. 5
Ung. rosat.....	50 grammes.

Cet onguent est appliqué sur les parties malades à l'aide d'une gaze épaisse ; il calme les démangeaisons.

(J. de méd. de Paris.)

Le sycosis.

par M. BALZER.

Le sycosis est essentiellement caractérisé par des nodules, une infiltration plus ou moins profonde de la peau, des pustules suivies de formation de croûtes et d'ulcération. Les poils présentent leur gaine épaissie, blanchâtre et opaque, parfois jaunâtre et infiltrée de pus. Ils s'atrophient graduellement. Le phénomène le plus remarquable est l'infiltration de la peau, qui est rouge et épaissie et peut conserver cet état pendant très longtemps, surtout à la lèvre supérieure, avec des périodes aiguës de poussées suppuratives. En somme, on peut considérer, surtout au point de vue thérapeutique, plusieurs phases successives dans l'évolution de cette affection : une période de début, caractérisée par des nodules plus ou moins diffus et des plaques suintantes, il y a seulement un peu de congestion et d'infiltration superficielle : c'est ce que l'on peut appeler la période d'eczéma pileaire. Puis, à la suite de l'infection staphylococcique, on voit apparaître des pustules qui se recouvrent de croûtes laissant à leur place des ulcérations. Enfin, lorsque l'affection se prolonge, vous constatez de l'épaississement de la peau, des nodules durs et profonds, quelquefois avec prolifération papillaire ; en dernier lieu, se produisent les cicatrices, la destruction des poils, l'alo-

pécie terminale : c'est là le dernier terme du sycosis poursuivant son évolution jusqu'au bout sans avoir été contrarié par un traitement quelconque ou bien quand celui-ci est demeuré impuissant.

Cette affection n'est pas en général douloureuse. Cependant elle est assez pénible à l'époque des poussées pustuleuses, mais c'est avant tout une maladie désagréable par son aspect repoussant et malpropre, et qui devient non seulement une gêne, mais une cause rédhibitoire pour exercer une profession quelconque, ce qui rend l'existence des malheureux qui en sont atteints intolérable.

Parfois les douleurs deviennent assez vives, s'accompagnant d'un état inflammatoire analogue à la furonculose.

À côté de cette forme habituelle de l'affection, il en est une autre beaucoup plus rare, que l'on désigne sous le nom de sycosis lupoïde (Brocq), et qui est caractérisée par sa marche centrifuge, la maladie guérissant au centre des lésions, avec destruction des poils et cicatrisation, et gagnant ensuite la périphérie ; cette forme rare et peu connue est constituée généralement par un ou deux foyers seulement et diffère complètement du sycosis ordinaire.

Le sycosis est une affection essentiellement chronique, durant deux à quatre ans, parfois huit à dix, parfois ne se terminant qu'après la chute complète de toute la barbe.

Le pronostic est assez favorable au début, si le traitement est bien dirigé ; néanmoins il faut toujours prévenir les malades que ce sera long, et qu'après l'amélioration obtenue, l'interruption du traitement pourra ramener les accidents primitifs. Le pronostic est assez sérieux quand l'affection est généralisée aux cils et aux sourcils ; il y alors des récurrences indéfinies.

Le diagnostic, facile, repose sur un signe fondamental : c'est le siège. L'eczéma peut aussi envahir la barbe, mais on le retrouve aux oreilles, au cou, etc. De même s'il s'agit de syphilides ulcéreuses, on retrouvera toujours quelques-unes de ces lésions en dehors de la région pileuse. On peut en dire autant pour le lupus tuberculeux, qui quelquefois est très difficile à différencier lorsqu'il s'agit d'un sycosis très circonscrit pré-nasal. Chez certains individus, atteints de coryza chronique, on voit survenir des nodosités pustulaires à l'entrée des narines, simulant un lupus, on fait quelques lavages au tannin et tout rentre dans l'ordre ; on peut alors conclure qu'il s'agissait d'un simple sycosis. Il faut donc savoir qu'il existe des formes de cette affection très limitées, au voisinage du nez, et pouvant simuler le lupus.

Quant au sycosis parasitaire, il s'accompagne d'une infiltration beaucoup plus profonde, de placards, étendus formant un relief considérable à la surface de la peau ; de plus, la maladie évolue beaucoup plus rapidement ; en quelques semaines elle atteint son apogée.

Je n'insisterai guère sur le diagnostic avec l'acné,

qui, en outre des signes propres à la lésion elle même, siège le plus fréquemment aux joues et au front.

L'étiologie du sycosis est encore mal connue. Dans un certain nombre de cas il paraît succéder à l'eczéma ordinaire de la face ; dans d'autres il est la conséquence manifeste d'un coryza intense, particulièrement à la suite de la rougeole ou de l'influenza.

Presque toujours interviennent des infections secondaires au cours de son évolution. Elles sont dues le plus souvent au staphylocoque, mais on peut voir aussi intervenir le streptocoque : celui-ci paraît être l'agent le plus actif de la suppuration dans les poussées aiguës.

Le sycosis atteint de préférence, habituellement, les sujets affaiblis ou anémiques, surtout les scrofuleux, ayant du coryza chronique ou récidivant.

Le traitement offre des indications diverses suivant les cas.

Lorsqu'il s'agit de sycosis consécutif à la rhinite aiguë ou chronique, ce qui est la variété la plus commune, vous commencerez par tarir l'écoulement nasal cause de l'irritation et de l'inflammation consécutive. Vous pourrez dans ce but avoir recours, soit aux lavages ordinaires du nez avec le syphon de Weber, soit au bain nasal, procédé dans lequel le séjour du liquide dans les fosses nasales est prolongé pendant dix à quinze minutes. Ce bain nasal peut être moins pénible pour certains malades que le procédé habituel, et rend de très grands services.

Les liquides employés pour ces lavages ou ces bains sont les solutions de tannin faibles, à 0,30 centigr., à 0,50 centigr. pour mille, l'eau boriquée, les eaux sulfureuses naturelles ou artificielles.

A la suite de cette opération, on applique à l'entrée des narines et sur la lèvre supérieure une pommade ainsi composée :

Tannin.....	1	gramme.
Soufre précipité.....	2	—
Vaseline	20	—

Par ces moyens très simples, vous arriverez assez souvent à guérir certains sycosis peu intenses et récents, sans avoir besoin de raser la moustache, et les malades vous seront fort reconnaissants de leur épargner ce sacrifice. Vous obtiendrez la guérison assez rapidement, parfois en un mois ou un mois et demi.

Comme topiques, vous pourrez employer des pommades variées, presque toujours à base de soufre comme la précédente, mais dans lesquelles le tannin pourra être remplacé par le calomel, l'oxyde jaune, l'ichthyol, et auxquelles pourront être ajoutées de la lanoline et de l'eau de chaux. On obtient ainsi une crème liquide. Lorsque le malade est en voie de guérison, vous emploierez des pommades plus actives, avec l'ichthyol au 20e ou au 10e, ou même l'huile de ca. lo.

Dans les cas de moyenne intensité, vous essayerez le même traitement, et, s'il demeure sans effet, vous ra-

serez le malade afin de rendre l'action des topiques plus intense.

Dans les cas anciens et invétérés et quand les lésions sont très étendues, il y a nécessité à raser et quelquefois à épiler les malades. On commence par calmer l'inflammation au moyen de pulvérisations d'eau bouillie ou boriquée tiède et de pansements avec des compresses imbibées d'eau stérilisée ou d'eau blanche, ou de solution de sublimé à 1 p. 5000 ; parfois même de cataplasmes de fécula. Puis on rase avec les ciseaux ou on pratique l'épilation si l'inflammation est encore considérable. Après quoi, on applique soit la pommade scuférée indiquée plus haut soit la pommade d'Hébra .

Emplâtre de litharge simple.....	} àà
Vaselino jaune.....	

à laquelle vous pourrez ajouter un vingtième ou un dixième d'ichthyol.

Je vous recommande également les pommades de soufre et de zinc, de calomel, d'oléate de mercure, etc.

Dans une troisième variété de cas, vous avez affaire à une infiltration généralisée avec épaissement de la peau, sans suppuration superficielle. Vous rasez d'abord les parties malades, et vous appliquez non plus des pommades mais des pâtes, soit celle à l'oxyde de zinc :

Amidon.....	} àà 5 grammes
Oxyde de zinc.....	
Vaseline jaune.....	10 —

à laquelle vous ajouterez le soufre au dixième, le tannin, la résorcine au vingtième, très rarement l'acide chrysophanique, qu'il vaut mieux employer en crayons à base de beurre de cacao, au vingtième ou au cinquantième sous forme de légers badigeonnages à la surface des lèvres.

Il peut être très utile d'appliquer des pommades savonneuses, comme celle de Wilkinson dont je vous rappelle la formule :

Huile de cade.....	} àà 10 gr.
Soufre.....	
Savon noir.....	} àà 20 gr.
Axonge.....	

qui a une action kératolytique et résolutive très énergique, et dans laquelle vous pouvez substituer à l'huile de cade l'ichthyol, le goudron ou le coaltar ; elle rend d'immenses services dans les formes rebelles à noyaux durs et infiltration profonde.

Enfin, vous pourrez, sur la peau rasée, vous contenter d'appliquer des emplâtres qui permettent au malade de vaquer à ses occupations. Ayez recours, en pareil cas, à l'emplâtre salicylé, à l'emplâtre mercuriel simple (celui de Vigo doit être proscrit) ou additionné d'acide phénique.

Lorsqu'il s'agit de cas rebelles et invétérés, que tous les moyens que je viens d'indiquer n'arrivent pas à guérir d'une façon définitive, ce qui s'observe surtout pour

le sycosis localisé à la moustache, l'épilation deviendra alors l'élément essentiel du traitement et devra être continuée pour ainsi dire indéfiniment, comme l'unique moyen de permettre à ces malades une situation compatible avec leurs occupations journalières.

On fera, comme je l'ai indiqué précédemment, des pulvérisations et des applications émollientes, puis on procédera, une fois par mois en moyenne à une épilation très soignée, en ayant soin d'arracher les poils suivant leur direction, et par filots successifs jusqu'à épilation complète de la moustache. Cette opération offre l'avantage d'entraîner les microbes renfermés dans les follicules et c'est par conséquent le meilleur remède à opposer à l'inflammation.

D'autre part, on fera usage des pansements humides avec les compresses d'eau bouillie ou de sublimé au 1/5000^{me} et jusqu'à 1/1000^{me}, qui seront appliqués pendant la nuit et recouvertes de taffetas gommé.

Parfois, par cette méthode, vous arriverez à obtenir une guérison définitive et durable, et la malade pourra laisser repousser sa barbe sans avoir à craindre de récider. Mais souvent aussi il sera obligé de continuer l'épilation d'une façon permanente.

Enfin, comme médication interne, on administrera les préparations tanniques, le fer, l'arsenic, le phosphate de chaux ; on conseillera une saison thermale aux stations sulfureuses des Pyrénées, de la Savoie ou du Dauphiné, (Challes).

(Indp. méd.)

Traitement des herpès récidivants

par DU CASTEL.

La thérapeutique des herpès récidivants est loin, en général, de couvrir le médecin de gloire. Au moment de l'éruption, le traitement local sera celui de toutes les éruptions herpétiques. Le grand point est d'empêcher la reproduction des éruptions. Sommes-nous en mesure d'atteindre ce résultat ? Je ne dirai pas absolument non ; mais bien rarement notre intervention paraît agir d'une façon rapide et puissamment active.

Les vices de constitution, le lymphatisme, l'arthritisme, seront attaqués par les médications appropriées. L'arsenic est considéré comme ayant plus d'une fois contribué à empêcher la récurrence ; il doit être administré à doses élevées. Les eaux sulfureuses constituent le traitement qui paraît avoir donné le plus grand nombre de guérisons, sans qu'on puisse cependant promettre aux malades, avant leur départ, un succès assuré.

Les cautérisations énergiques du foyer morbide, même les pointes de feu, ne semblent pas modifier suffisamment la nutrition locale pour arrêter le retour du mal ; le traitement local a cependant amené quelquefois des résultats heureux : une malade était atteinte d'un herpès cataménial récidivant, dont l'éruption se produi-

sait au niveau du cou ; Verneuil ayant eu l'idée de pratiquer en ce point des injections d'éther iodoformé à 5 %, l'éruption ne se reproduisit plus.

Contre l'herpès récidivant de l'homme, le traitement qui paraît le plus efficace, c'est l'abstention des excès de ta le et des grandes fatigues, c'est surtout comme Diday, le prof. Fournier et tous les vénéréologues le proclament, la stabilité dans les relations amoureuses : nombre de malades ont trouvé la guérison dans le mariage.

L'herpès récidivant buccal se trouvera bien des soins minutieux de propreté, de la suppression des causes d'excitation : tabac, mets épicés, liqueurs alcooliques. Quand le diagnostic aura été nettement établi, l'usage du mercure deviendra absolument contre indiqué. Le malade — généralement un ancien syphilitique, comme je l'ai dit, — convaincu que son accident est encore de nature syphilitique, demande, réclame le traitement mercuriel ; vous devrez vous opposer à ses désirs et vous efforcerez de lui persuader que le mercure, loin de lui faire du bien lui serait nuisible.

L'herpès récidivant est une des affections au sujet desquelles le médecin a le plus occasion d'exercer son rôle consolateur, car vous savez déjà que cette affection produit une influence morale désastreuse, tout à fait disproportionnée avec sa gravité ; vous vous efforcerez donc de persuader au patient que ce mal qui le désespère ne le menace d'aucun avenir grave, qu'il en exagère l'importance, qu'il en guérira d'autant plus vite qu'il respectera mieux les règles de l'hygiène de l'herpétisme ; malheureusement le médecin le plus persuasif échoue souvent dans ce rôle consolateur. C'est incontestablement dans leur action démoralisatrice que réside le côté sombre des herpès récidivants.

(Sem. méd. — Ann. therap.)

MALADIES VENERIENNES

De la syphilis du naso-pharynx

par FISHENICH.

Sur 235 cas de syphilis des oreilles, du nez et de la gorge observés par lui dans ces quinze dernières années, l'auteur a pu constater 39 fois des affections syphilitiques du naso-pharynx ; dans 15 cas, l'affection du naso-pharynx était isolée ; dans les autres, elle était accompagnée d'autres manifestations syphilitiques. Dans ce nombre, l'accident primaire ne figure pas une seule fois ; dans un cas, il a pu observer l'existence de plaques muqueuses sur la surface postérieure du voile du palais et dans le voisinage immédiat des choanes. Tous les autres cas présentaient des manifestations tertiaires ; chez la majorité des malades, ces manifestations se produisent dans le naso-pharynx en général, vers la sixième année après

l'infection ; les dates extrêmes observées par l'auteur étaient de vingt-deux ans et de deux à trois mois.

Le tableau anatomique de la syphilis du naso-pharynx présente peu de variations. Le point de départ est constitué par une infiltration gommeuse de la muqueuse qu'on est rarement appelé à observer, car, elle évolue sans symptôme et d'une façon latente. On ne la découvre que d'une façon accidentelle.

Dans la plupart des cas, on trouve des ulcérations, de dimensions et d'étendues variables ; dans les cas les plus avancés, elles ont envahi toute la voûte du pharynx s'étendant aux choanes et aux trompes, et, se continuant sur l'atlas, envahissant la muqueuse pharyngée. Tout le cavum est alors transformé en une cavité remplie de masses purulentes, d'un gris sale teintées de sang. Selon la durée et le degré de l'affection, les ulcères peuvent être superficiels ou s'étendre en forme de cratère jusqu'à l'os, ayant des bords mal définis et présentant des îlots de granulations. Le siège favoris de l'ulcération isolée est la région de la bourse pharyngée. Le dépôt gris sale adhère fortement au fond de l'ulcère et ne peut être enlevé que difficilement. En examinant avec la sonde, on le trouve presque toujours sur l'os dénudé ; mais la formation de séquestres est ici beaucoup plus rare que dans la syphilis du nez par exemple.

Malgré l'opinion assez répandue, la syphilis du naso-pharynx présente un ensemble de symptômes assez caractéristiques.

Les malades se plaignent d'abord d'un mal de gorge qui dure depuis assez longtemps, qui a résisté à tous les moyens de traitement. Ces maux de gorge se produisent surtout pendant la déglutition et vont en s'aggravant. Selon l'étendue et l'ulcération, les douleurs sont plus ou moins fortes ; quelquefois, elles le sont tellement que les malades réduisent leur alimentation au strict minimum.

Les maux de tête persistants sont pathognomoniques de la syphilis du naso-pharynx. Ils sont surtout localisés au niveau de l'occiput et souvent très violents, tellement violents que bien des malades de l'auteur ont failli se suicider. Les maux de tête jouent un rôle important dans la syphilis en général ; mais, lorsqu'ils atteignent cette violence, il ne faut jamais manquer d'examiner le naso-pharynx.

Les malades se plaignent, en outre, d'une sensation de lourdeur, de compression de la tête, de maux d'oreilles. Un autre signe quasi-pathognomonique est fourni par la sécrétion très abondante, composée de masses cornéo-purulentes mélangées de sang et dont les malades cherchent à se débarrasser par tous les moyens possibles. Il est arrivé à l'auteur d'examiner l'un après l'autre tous les sinus, croyant qu'il s'agissaient d'un empyème. Mais sans résultat. Dans la plupart des cas, la sécrétion s'arrête après le nettoyage et la guérison de l'ulcère ; dans d'autres, elle persiste encore plus ou moins longtemps après celle-ci.

La sécrétion descend jusqu'à l'estomac et provoque

des troubles dans cet organe : ces troubles gastriques, joints à l'abstinence à cause de la dysphagie et à l'insomnie, provoquent une faiblesse générale, une véritable cachexie syphilitique tellement prononcée que la plupart des malades paraissent, au premier abord, atteints d'une grave tuberculose pulmonaire.

Dans l'affection isolée du naso-pharynx, l'odeur fétide est rare.

Mais le meilleur moyen de diagnostic et le plus sûr est celui que nous possédons dans l'examen rhinoscopique postérieur. Le diagnostic est souvent facilité grâce à la présence de manifestations syphilitiques dans d'autres organes ; mais même dans ces cas, il ne faut pas négliger l'examen rhinoscopique postérieur, car une ulcération syphilitique du naso-pharynx peut persister, alors même que tous les autres symptômes ont disparu sous l'influence du traitement spécifique.

Au point de vu du diagnostic différentiel, il faudra tenir compte de la diphtérie, de la tuberculose, de la morve et de la lèpre. Dans les cas douteux, on pratiquera l'examen de la sécrétion. Les plus difficiles à ce point de vue sont les cas où il existe une inflammation prononcée des tissus avec œdème, etc. On observe aussi dans le cavum, surtout au niveau de la bourse pharyngée, des ulcérations superficielles, de nature scrofuleuse ; mais dans ces cas, on n'observe jamais de destructions profondes. En inspectant le naso-pharynx, il faut prêter attention à la surface postérieure du voile du palais, et surtout à la région correspondant au tubercule de l'atlas car une ulcération y siégeant, peut, si elle est inconnue, aboutir à une perforation de la colonne vertébrale.

Le traitement sera général et local. Le premier consistera dans l'usage de mercure et d'iodure à doses croissantes. L'usage d'un seul de ces médicaments ne donne pas des résultats satisfaisants. Le traitement local n'est pas moins satisfaisant que le traitement général. L'auteur a observé des malades chez lesquels, après vingt, trente, quarante frictions mercurielles et des doses considérables d'iodure, l'ulcération non seulement ne diminuait pas, mais avait même une tendance à progresser.

Aussi prescrit il le nettoyage du naso-pharynx, qui doit être pratiqué tous les jours ; il se fait au moyen d'injections pratiquées par la bouche à l'aide d'une canule en pomme d'arrosoir et munie d'un ballon qui permet de graduer la pression. Après le nettoyage, il insuffle une poudre, composée de calomel et d'orthoforme à parties égales ; on fait des badigeonnages avec une solution composée d'iode, d'iodure de potassium et de glycérine.

L'usage de caustiques plus forts n'est pas à recommander. Il ne se sert de la curette que lorsqu'il existe des granulations qui entretiennent la sécrétion.

(Arch. für Laryng. — Rev. heb. de laryng.)

De l'abolition de reflexes papillaires dans ses relations avec la syphilis.

par MM. J. BABINSKI et A. CHAMPETIER.

(Soc. méd. des hôp. Paris).

Voici quatre malades actuellement hospitalisés dans le service de l'un de nous et dont l'histoire pathologique est intéressante.

L'une de ces malades est une femme de trente quatre ans, syphilitique depuis six ou sept ans; elle a actuellement des exostoses syphilitiques et présente, de plus, le signe de Robertson; elle n'a aucune autre manifestation d'affection du système nerveux.

Cette autre femme, âgée de cinquante-huit ans, a contracté la syphilis il y a quarante-deux ans, à l'âge de seize ans; elle a une lésion du nez sur la nature de laquelle on n'a pas été fixé à l'hôpital Saint-Louis; il s'agit d'un lupus tuberculeux ou d'une syphilide; on constate chez elle le signe de Robertson, mais aucun autre signe de maladie organique du système nerveux.

Il en est de même de cette homme, âgé de quarante-huit ans, qui, comme signe objectif de maladie du système nerveux, ne présente que le signe de Robertson. Il est syphilitique depuis l'âge de trente-trois ans.

Enfin, cette femme, âgée de cinquante-deux ans chez laquelle on ne trouve également que le signe de Robertson comme manifestation d'une affection organique du système nerveux, a, depuis l'enfance, une déformation en lame de sabre du tibia. Il s'agit peut-être de syphilis héréditaire.

Chez ces quatre sujets, à l'examen du liquide céphalo rachidien, on a constaté de la lymphocytose.

L'abolition des réflexes pupillaires dans les conditions précédemment précisées nous paraît indiquer que le système nerveux central est atteint par la syphilis et que le sujet chez qui on le constate est un candidat au tabes, à la méningo-encéphalite diffuse ou à la syphilis cérébro-spinale.

Sans avoir le droit de l'affirmer, nous sommes portés à croire que c'est un signe certain de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire.

Or, comme ce phénomène n'apporte aucun trouble dans la vision, il doit être recherché systématiquement chez tout individu qui se présente à l'examen du médecin.

Cette donnée nous semble avoir un très grand intérêt pratique, car il y a tout lieu d'admettre que le traitement spécifique est, dans les cas de ce genre, d'une grande utilité.

(Méd. orientale)

De l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans les affections uretrales, uretrites et rétrécissement

(Thèse de Paris).

Des 32 cas personnels où l'oxycyanure de mercure

a été employé dans le traitement des urétrites gonococciques ou non, l'auteur conclut que cet antiseptique peut rendre de grands services.

Du reste, M. Albarran emploie, depuis six à sept ans, cet antiseptique, et le préfère au permanganate de potasse. Il l'a utilisé à toutes les périodes de la blennorrhagie: comme abortif, à la dose maxima de 1/1.000 en plusieurs lavages par jour dans l'urètre antérieur, et à des doses d'autant plus faibles que les lavages sont plus fréquents; à la période de début et d'état, en faisant deux lavages à l'oxycyanure, l'un à 1/1.000, l'autre à 1/2.000; les blennorrhagies chroniques sont également combattues avec des doses variant de 1/4.000 à 1/1.000, soit en moyenne de 1/2.000.

Les urétrites sans gonocoques pourront être traitées par l'oxycyanure, mais en y adjoignant le massage de la prostate.

Dans les rétrécissements de l'urètre, M. Albarran pratique la dilatation sous le couvert de l'antisepsie par l'oxycyanure de mercure à 1/3.000 qu'il emploie au lieu et place de l'eau boriquée.

L'oxycyanure est, en effet, aussi bien toléré que l'eau boriquée et est plus antiseptique. Il n'est cependant pas à employer pour laisser séjourner dans la vessie (pollakiuriques).

Ce sel a, en outre, l'avantage de ne point attaquer les instruments métalliques, ni les sondes et bougies en gomme ou caoutchouc, tout en les rendant aussi aseptiques que peut le faire le sublimé, dont il n'a pas les inconvénients.

On devra avoir soin de ne l'employer que seul, à cause de combinaisons possibles avec d'autres sels.

Employé en grands lavages dans le traitement des urétrites gonococciques, dans les proportions de 1/4.000 à 1/1.000, il donne d'aussi bons et rapides résultats que le permanganate.

Il peut être employé dans les urétrites non gonococciques à des doses plus faibles (1/4.000 1/3.000), mais il est inférieur au nitrate d'argent.

Chez les rétrécis non infectés, il procurera une antisepsie supérieure à l'eau boriquée et sera employé à 1/4.000.

Chez les rétrécis infectés, il ne sera indiqué qu'après avoir obtenu, par le nitrate d'argent, la limpidité des urines et la disparition de l'écoulement.

(Presse méd. — Ann. thérap.)

PEDIATRIE

De l'obésité chez les enfants

par Mlle BRAOUE (Th. de Paris)

Les cas d'obésité chez les enfants ne sont pas très rares et Mlle Nehama Braoude en rapporte un grand

nombre d'exemples. Dans la plupart des cas il faut invoquer, comme cause, l'hérédité arthritique. Le lymphatisme, la scrofule semblent aussi jouer un rôle important dans l'étiologie de l'obésité chez les enfants. Il est possible que les deux diathèses, arthritique et lymphatique, se combinent.

Les maladies infectieuses aiguës, la chlorose, l'anémie, le rachitisme, l'atrophie des glandes séminales, peut-être aussi la syphilis héréditaire, semblent jouer un rôle prédisposant dans quelques cas d'obésité chez les enfants. Il en est encore de même des troubles du système nerveux.

Dans quelques cas, rares il est vrai, l'on ne peut trouver aucune cause appréciable de ce développement exagéré du tissu cellulo-adipeux.

Étant donné le rôle important de l'hérédité, il faut instituer, chez les descendants des arthritiques dès leur naissance, un régime et une hygiène propres à prévenir le développement ultérieur de cette diathèse.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Noma guéri par injections de serum anti-diphthérique

M. Strauwen (Soc. méd.-chir. Brabant) a observé récemment deux cas de noma ayant évolué simultanément chez des enfants habitant deux maisons voisines.

Le premier était moribond quand M. Strauwen le vit et le sujet ne tarda pas à succomber à la gangrène.

Le second cas affectait une marche rapidement envahissante et grave. M. Strauwen pratiqua une injection de serum antidiphthérique, et l'amélioration rapide qui succéda à cette intervention le fit recourir à quelques nouvelles injections les jours suivants. La guérison fut radicale.

L'auteur de la communication se demande si l'affection était d'origine diphthérique ou si le serum spécifique agit également sur d'autres intoxications que celle du bacille de Löffler.

(Indépendance médicale.)

THERAPEUTIQUE

De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain refractaire ou résistant hyperacide et arthritique

par M. le Docteur SAMUEL BERNHEIM.

(Suite)

2° La cure de repos. — N'en est-il pas de même de la cure de repos ?

L'action de celle-ci est assurément complexe.

C'est d'abord une loi générale de physiologie et de thérapeutique que tout organe malade ne se répare que dans le repos. Le repos est la réparation physiologique du corps. Nous avons établi ailleurs, dans un travail antérieur, quelle est l'importance et quel est le mode d'action de la cure de repos.

Il nous semble que ce second moyen de la thérapeutique hygiéno-diététique corrobore l'action du premier.

Quel est le premier effet du repos sur l'organisme ?

C'est de réduire l'activité des échanges, de ralentir la nutrition, les combustions ; de réduire au minimum les mutations histo-chimiques, et de faire que le mouvement de désassimilation qui est la conséquence du métabolisme organique soit le plus petit possible. C'est bien, en somme, une action "ralentissante" ou retardante que le repos exerce sur le métabolisme.

Et ce ralentissement se traduit par des résultats bien connus en clinique : les graisses, incomplètement brûlées, s'accumulent dans les tissus. Il y a, en même temps, accumulation de phosphates et d'albuminoïdes. Il y a aussi accumulation d'urates et d'acide urique. La cure de repos réalise, en somme, ce que l'arthritisme, dans ses manifestations goutteuses de pléthore ou d'obésité, réalise avec le plus d'évidence.

C'est la raison pour laquelle, d'ailleurs, on recommande l'exercice aux pléthoriques, afin de les faire sortir de leur vie sédentaire qui ne peut qu'accentuer chez eux le ralentissement de la nutrition et l'hyperacidité.

Si, donc, il est des cas où il peut être indiqué d'activer les mutations organiques afin d'empêcher dans les tissus la surcharge de produits incomplètement combinés et l'accumulation de déchets qui n'élimine plus une désassimilation ralentie, il est, par contre, des cas où ce ralentissement de la nutrition peut avoir une heureuse influence, et où il serait désastreux de précipiter, par une thérapeutique mal comprise, un mouvement de désassimilation qui n'est déjà que trop prononcée, en ne laissant que peu de place à la réparation organique.

C'est de cette conception, d'ailleurs, que s'inspire très justement la cure de repos. Nous avons fait observer déjà que repos, dans ce cas, ne veut pas dire nécessairement immobilité absolue. Le tuberculeux, surtout celui qui n'a pas de fièvre, pourra se permettre, sous le contrôle de son médecin, certains exercices, certaines promenades, gradués et dosés comme des médicaments.

Il y a loin de cette manière d'entendre l'exercice, uniquement pour se distraire du repos et de la fatigue que le repos sans répit entraînerait à la longue, aux recommandations dangereuses qu'on faisait naguère encore aux phthisiques, en leur prescrivant l'exercice, les sports, les marches forcées, etc...

On a bien vite reconnu que cette thérapeutique allait à l'encontre de la guérison. Le résultat n'a pas de quoi surprendre.

L'exercice augmente l'activité des échanges, surtout

celle des déchets ; le mouvement de désassimilation le précipite ; et l'équilibre des acquisitions et des pertes, si difficile à réaliser chez les tuberculeux, est définitivement rompu au détriment de la réparation.

C'est aussi parce que le repos ralentit les échanges, modère les combustions, qu'il constitue le meilleur, le seul traitement de la fièvre chez le tuberculeux. La fièvre provenant certainement chez lui d'une prédominance du mouvement de désassimilation sur l'assimilation et la réparation insuffisante on comprend qu'on ne puisse la juguler que si on modère par le repos les combustions et les oxydations.

Concluons donc en disant que le repos, comme l'altitude, agit chez le tuberculeux en épargnant la destruction des albuminoïdes et des graisses, en modérant la désassimilation, en entravant la mobilisation des bacilles et des toxines, en favorisant enfin la production des acides et en relevant le taux de l'acidité humorale.

Pour peu qu'on y soit légèrement prédisposée le manque d'exercice, la vie sédentaire, le repos font éclore l'une des manifestations morbides de l'arthritisme : obésité, goutte, rhumatisme, etc., etc.

C'est un arthritisme artificiel qu'il réalise chez le tuberculeux ; le repos contribue à la transformation du terrain hypoacide en sol hyperacide.

3° *La cure alimentaire ne fait que réaliser chez le tuberculeux un arthritisme artificiel.* — Que dire enfin de l'alimentation qu'on préconise aujourd'hui chez le phthisique.

Elle est tout juste l'opposé de celle qu'on recommanderait à un goutteux ou à un obèse, parce qu'elle a précisément pour résultat de transformer le chimisme humoral du tuberculeux en un chimisme analogue à celui de l'arthritique.

Le fond de l'alimentation du tuberculeux est fait de matières albuminoïdes. Le régime carné lui est favorable. On a sous toutes les formes cherché à réaliser chez le tuberculeux la suralimentation azotée. Et c'est pour cela qu'à son intention on a préparé des extraits et des jus de viande, des poudres de viandes, des peptones, des sucs, etc. Enfin, les travaux récents du professeur Richet ont donné un regain d'actualité à la suralimentation par la viande crue et le jus de viande crue ; une méthode nouvelle, ou plutôt renouvelée, de cure phthisiothérapique a été inaugurée. Un mot nouveau la désigne ; c'est la zomothérapie.

Les faits ont confirmé l'utilité de cette cure alimentaire. Il y a longtemps qu'on avait recommandé la viande aux phthisiques. La seule différence est que, de nos jours, on est allé chercher bien de loin l'explication de son action.

Les anciens physiologistes qui, avec Liébig, attribuaient aux aliments azotés le pouvoir de servir à la formation et à la réparation des tissus et de se montrer

véritablement "plastiques," c'est-à-dire susceptibles de s'intégrer à la matière vivante, étaient certainement plus proches de la vérité que les physiologistes récents qui ont cru devoir rapporter le rôle efficace de la zomothérapie à des antitoxines hypothétiques, capables de neutraliser l'action du bacille de Koch.

N'est-il pas plus simple et plus rationnel de penser que si l'alimentation azotée, carnée, la suralimentation par la viande crue et les extraits de viande, relèvent l'organisme et le rendent résistant à l'invasion bacillaire c'est avant tout parce que la surcharge en albuminoïdes supplée à l'insuffisance du terrain tuberculeux qui est, nous l'avons dit, déminéralisé, pauvre en chlorure, et hypoacide ?

L'alimentation carnée relève le taux de l'azote et l'acidité humorale. M. Boureau range la viande parmi les moyens d'augmenter l'acidité organique.

Et c'est pour la même raison aussi, parce qu'elle favorise l'acidité du sang et la formation de l'acide urique, qu'on la défend au goutteux, au lithiasique, à l'obèse.

Du moment que chez elle augmente l'acidité humorale, pourquoi ne pas voir dans cette influence hyperacidifiante la raison de son efficacité chez le tuberculeux ?

C'est une action du même ordre qu'exercent les aliments gras et, en particulier l'huile de foie de morue.

Ces aliments dits "d'épargne" ont pour effet de retarder la combustion des albuminoïdes. L'oxygène se porte sur les graisses de préférence aux aliments albuminoïdes et évite leur destruction précoce dans l'organisme. C'est, en somme, une action retardante, de ralentissement que les graisses exercent sur la nutrition. Et par là, elles impriment à l'organisme une réaction générale qui le rapproche de la nutrition retardée de l'arthritisme.

(à suivre)

FORMULAIRE

EMPLOI HYPODERMIQUE DE L'ERGOTINE.

Ergotine Bonjean ou ergotine du Codex.	2 gr.
Eau distillée.....	}
Glycérine.....	

pour injections hypodermiques.

1 à 10 centimètres cubes contre l'hémorrhagie utérine.

(MARTINET, in *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.)

Travaux Originaux

ETUDE CLINIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE.

par M. le Dr HENRI LASNIER.

Les kystes de l'ovaire présentent dans leur évolution des ressemblances avec presque toutes les tumeurs, malignes et bénignes.

Ce n'est que lorsqu'ils ont acquis un certain volume, qu'ils ont remonté plus ou moins haut dans le bassin, que la clinique permet de les distinguer nettement des autres affections.

L'étiologie en est bien obscure. On n'en connaît presque rien. Tout ce qu'on sait, c'est que ça peut se développer chez des fillettes, que ça se développe le plus souvent dans la première moitié de la vie, et que la vieillesse n'en est pas moins indemne.

Dans ce dernier cas, c'est la plupart du temps un kyste dermoïde qui est resté latent, et n'a rencontré que dans la vieillesse la cause qui devait lui donner son développement. M. Tuffier a vu une femme de soixante ans avec un gros kyste de l'ovaire, l'observation qui remontait au jeune âge de cette vieille dame, nous prouvait que son kyste avait attendu jusqu'à cet âge pour se développer.

Symptomatologie. — Les débuts sont absolument latents et la malade ne vient d'ordinaire consulter que lorsque sa tumeur a acquis un volume assez considérable. Elle vient consulter pour des troubles dont elle ne peut d'ordinaire pas toujours préciser la nature. C'est une gêne, unepesanteur, quelque chose d'anormal qui s'exagère au moment de la marche, après les repas, surtout au moment de ses règles.

Tout ce qui est un kyste, peut être une grossesse.

Voilà une vérité que le chirurgien doit toujours avoir présent à l'esprit. C'est la première chose qu'il doit éliminer, ce doit être le premier objet de ses recherches, car on est trop souvent parti à la recherche de kystes ovariens pour arriver sur une grossesse utérine ou extra-utérine.

Et ces erreurs sont arrivées aux meilleurs praticiens quelquefois, surtout dans les cas d'hydramnios.

Pour plus de clarté, on divise en trois périodes le développement des kystes de l'ovaire.

PREMIERE PERIODE.

C'est celle où le kyste n'a pas encore dépassé le petit bassin.

A cette période on a les symptômes suivants :

1° *Symptômes physiques.*

Au palper le petit bassin est comblé.

Au toucher, on constate que le col est déjeté en avant. Le cul-de sac postérieur présente une tuméfaction arrondie, indolore, mobile, indépendante de l'utérus que vous pouvez repousser sans que l'utérus subisse de déplacement, si vous saisissez le col de l'utérus avec une pince et introduisant le doigt dans le cul-de-sac postérieur, vous constatez que la pince qui tient l'utérus n'est nullement influencée par les mouvements que vous imprimez à la tumeur.

Si vous combinez le palper et le toucher vous pouvez quelquefois faire balloter cette tumeur. Si vous constatez qu'elle est fluctuante, c'est l'idéal, mais il ne faut pas y compter bien souvent.

2° *Symptômes fonctionnels.*

C'est une gêne, une sensation de tension, besoins fréquents d'uriner, de la constipation, de la dyspepsie sous différentes formes.

Mais la tumeur continue son développement. Elle franchit, petit à petit, les limites du petit bassin, à un moment elle est dans le grand bassin, c'est-à-dire rendue à sa

DEUXIEME PERIODE.

Les symptômes sont différents alors de la première période.

1° *Symptômes physiques.*

La forme du ventre est caractéristique. C'est une femme grosse. C'est le ventre de la femme enceinte de quelques mois. Très souvent il y a une saillie médiane, l'ombilic.

Palper. — Au palper cette tumeur est ordinairement mobile, si elle n'a pas pris un trop grand développement. Elle est manifestement fluctuante en tous sens. En certains points généralement sur les flancs on trouve des masses solides, en forme de gâteaux, se sont des masses de petits kystes.

La percussion révèle une matité médiane franche (fig. 1) limité d'une bande de sonorité qui s'accroît à mesure qu'on s'éloigne du centre de la tumeur.

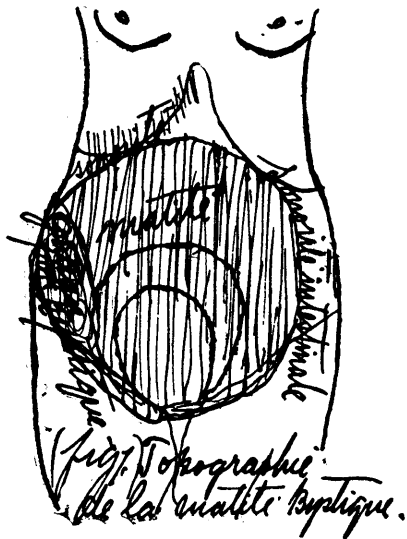
Si on représente par un graphique la forme de la matité elle est (figure 1) irrégulièrement sphérique, convexe en haut, séparée par une zone claire de la matité hépatique, à moins de dimensions excessives de la tumeur qui amène la confusion des deux matités. Le changement de position est sans influence sur la répartition de la matité.

A l'auscultation, comme dans une grossesse, on trouve quelquefois un souffle, mais ce qui le distingue du souffle de la grossesse c'est qu'il est *isochrone au pouls*.

2° Symptômes fonctionnels.

En général la femme n'est pas très gênée par son kyste à cette période, la gêne est souvent nulle. Il y a rarement des troubles à distance, tels que, compression des vaisseaux, œdème des membres, sciatique. Cette dernière complication est la plus rare. Le retentissement sur l'intestin, l'estomac, se traduit par la dyspepsie sous toutes ses formes.

Dans le 1/8 des cas, il y a des troubles de la menstruation.



On peut dire à cette deuxième période que la femme a un bon état général.

Cependant, petit à petit, la femme devient de moins en moins vaillante, des rides précoces s'impriment sur la figure, un cercle noir autour des yeux, la peau est sèche.

Le kyste évolue progressivement et d'une façon constante, il remplit peu à peu l'abdomen et passe à ce que l'on est convenu d'appeler la

TROISIÈME PÉRIODE.

Il acquiert tout son volume en deux ans. Il peut alors être confondu avec l'ascite et la grossesse avancée, si on ne tient pas compte de la marche de l'affection.

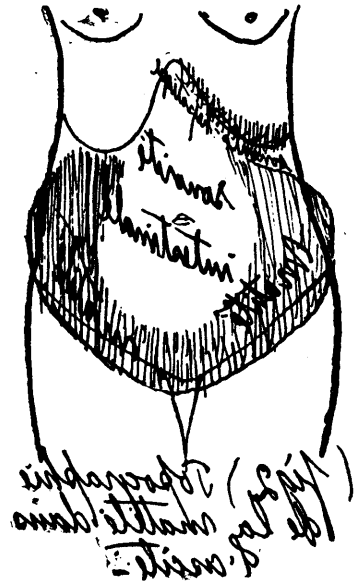
Dans l'ascite la femme a un ventre en grenouille, fluctuant dans tous les sens, avec une partie sonore au centre (fig. 2), et de la matité dans les flancs. Dans le kyste c'est le contraire : on a matité au centre et sonorité dans les flancs (fig. 1).

La malade étant couchée sur le côté la matité se déplace dans l'ascite tandis que rien n'est changé dans le kyste.

A la palpation, si vous déprimez brusquement le ventre vous sentez qu'il vibre dans tous les sens. Si dans le cas de kyste, en mettant la main d'un côté, vous donnez un petit choc au pôle opposé, vous sentez qu'il y a comme du liquide, vous avez la sensation de flot, comme lorsque vous frappez un sac en caoutchouc ou une vessie remplie d'eau.

Dans la grossesse, la topographie de la matité et de la sonorité, est à peu près la même que dans le kyste, mais vous trouvez au toucher vaginal un col ramolli.

Ce signe a une grande importance ; quand on le trouve on doit se méfier, quels que soient les autres signes.



Puis il y a le bruit fœtal, le bruit de souffle qui, contrairement au bruit de souffle kystique, n'est pas isochrone au pouls.

Variétés. — Quand vous trouvez une voussure dans le cul-de-sac latéral, vous dites que vous avez un kyste du ligament large.

Pronostic. — Les kystes sont des tumeurs épithéliales, la preuve c'est qu'ils peuvent se généraliser. On en a vu remplir toute la cavité du péritoine et s'étendre jusqu'à la plèvre. Le kyste atteint son plein développement en deux ans ordinairement.

Quand l'ascite accompagne le kyste de l'ovaire, le pronostic doit être regardé comme plus grave.

Diagnostic. — Nous le répétons, c'est à la première et à la deuxième période que le diagnostic est le plus

difficile. Il n'y a peut-être pas de tumeur qui n'ait pas été, à ces périodes, confondues avec le kyste.

Ou bien la tumeur est dans l'excavation, et alors avec de la bonne volonté, toutes les affections pelviennes peuvent être prises pour un kyste.

Nous avons déjà dit, que c'était une tumeur indépendante de l'utérus, c'est là ce qui la distingue d'avec une métrite ou une paramétrite.

Ce qui le simule le plus c'est l'hydro-salpinx, mais la-dessus l'histoire de la maladie vous renseignera par la recherche de deux points qui permettront de faire le diagnostic, savoir : 1° l'existence d'une métrite antécédente ; 2° La bilatéralité des lésions.

L'hydro-salpinx a été au début une métrite, puis une salpingite, et la salpingite est le plus souvent bilatérale. La bilatéralité devra donc faire pencher pour un hydro-salpinx.

Nous avons assez insisté déjà sur le diagnostic à la troisième période en discutant les symptômes.

Accidents. — Les accidents qui peuvent arriver pendant l'évolution du kyste sont :

1° La péritonite par perforation du kyste dans la séreuse.

2° La torsion du pédicule.

3° L'hémorrhagie.

Péritonite. — Vous avez tout à coup tous les symptômes d'une péritonite : Ballonnement, douleur atroce, rapide 120, et la non chute de la température qui s'augmente ainsi que les autres symptômes, jusqu'à la mort.

Hémorrhagie. — Les faits de mort rapide, par l'hémorrhagie à la suite de torsion des kystes de l'ovaire, sont loin d'être exceptionnels, "Un jour, écrit M. Spencer Wells, j'arrivais à Brixton avec M. Bowler, de Kensington, pour opérer une dame, quand on m'apprit qu'elle venait de mourir subitement deux heures avant notre arrivée. L'examen nécroscopique montra que la mort était due à une vaste extravasation sanguine, qui s'était faite d'abord dans le kyste ovarien, puis après la rupture de ce dernier dans la cavité abdominale, et qui était évidemment due à la torsion du pédicule, produite par la rotation du kyste non adhérent." M. Lejars a vu une malade succomber dans les mêmes circonstances.

Torsion du pédicule. — La femme présente tout à coup des symptômes d'occlusion intestinale : douleur subite, ne va plus à la selle. Pouls à 120, douleur au toucher, et la fièvre s'allume, si on intervient pas, et rapidement, ça se termine par la suppuration et la mort.

" Dans toutes ces torsions aiguës, dit M. Lejars

(Chirurgie d'urgence), la laparotomie s'impose à une heure plus ou moins hâtive, suivant la forme et la gravité des accidents, mais on peut répéter ici cette formule, dont la chirurgie d'urgence nous montre si souvent le bien fondé : *On ne se repentira jamais d'avoir opéré trop tôt, et les lésions que l'on trouvera une fois le ventre ouvert dépasseront toujours les prévisions.*

En dehors de ces accidents, la fin qui attend la porteuse de kyste, c'est : 1° la rupture, et péritonite consécutive. 2° Les thromboses qui deviendront des embolies. 3° La cachexie (les malades s'étiolent par insuffisance des organes abdominaux). 4° La néphrite, et l'urémie consécutive.

Traitement. — Le traitement ? C'est de l'enlever par la laparotomie. Il est simple quand le kyste ne présente aucune adhérence.

Notre intention n'est pas de donner ici le manuel opératoire des kystes de l'ovaire, nous ne voulons insister que sur un point : celui de la conservation de l'ovaire autant que possible.

Chez la jeune femme, c'est dur de lui enlever l'ovaire, c'est une véritable castration que nous faisons, elle ne pourra plus avoir d'enfants. De là l'importance de conserver l'ovaire en tout ou en partie. D'ailleurs la moindre partie de l'ovaire conservée, empêche les accidents nerveux qui suivent ordinairement l'ablation des ovaires. Si une partie de l'ovaire est malade, on enlèvera cette partie et on conservera le reste, si peu que ce soit.

"La résection de l'ovaire c'est l'opération de l'avenir," dit M. Tuffier. Puis il cite douze observations où des femmes ont réussi à avoir des enfants après cette opération.

Suites. — Le kyste de l'ovaire ne récidive généralement pas.

143, rue Saint-Denis.

Revue des journaux

MEDECINE

De l'opsiurie.

par M. LECERF (Th. de Paris).

L'opsiurie est un symptôme récemment étudié et décrit par MM. Gilbert et P. Lereboullet dans les affections hépatiques. Il consiste en un retard de l'élimina-

tion aqueuse de l'urine après les repas, mis en évidence par l'examen fractionné.

M. Lecerf, dans sa thèse, accompagnée de nombreux tableaux démonstratifs, décrit en détail ce nouveau symptôme.

Pour pratiquer cet examen, il convient de faire aux malades en observation deux repas par jour (à midi et à 8 heures du soir, par exemple), sans absorption de boissons ni d'aliments dans l'intervalle, et de recueillir régulièrement les urines toutes les quatre heures, pendant 24 heures consécutives.

Dans les cas les plus nets, l'oligurie digestive est très marquée, de même que la polyurie de la période de jeûne. Souvent, s'il y a ictère, peut s'y surajouter l'inversion du rythme colorant normal des urines, inversion que MM. Gilbert et P. Lereboullet ont signalée, mais qui ne se superpose pas fatalement à l'opsiurie. Les urines digestives sont alors rares et foncées, celles du jeûne, claires et abondantes. S'il est des cas intermédiaires, où surtout, du fait de l'oligurie permanente, le phénomène est moins évident, le plus souvent on peut facilement se rendre compte de son existence.

L'opsiurie se rencontre dans les affections du foie les plus diverses: cirrhoses alcooliques avec ou sans ascite, cirrhoses biliaires, cirrhoses pigmentaires, congestions passives du foie de divers ordres, etc. Mais, dans la règle, elle ne s'observe que dans les affections susceptibles de s'accompagner d'hypertension portale. Lorsque l'opsiurie fait défaut, c'est : soit que le degré déjà avancé de l'affection hépatique empêche de se rendre compte de son existence, soit que l'hypertension portale fait nettement défaut.

Les affections des autres organes, et notamment les affections du cœur et des reins, ne semblent pas s'accompagner de ce symptôme ; il n'apparaît que lorsque, simultanément, existe une affection du foie susceptible d'expliquer sa présence.

Divers arguments, basés sur la clinique, l'évolution, les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide du massage direct du foie montrent qu'il s'agit bien, ici, d'un symptôme dû au retard de l'absorption aqueuse au niveau de l'intestin du fait de l'hypertension portale. Ce retard entraîne le retard de l'élimination aqueuse et, parallèlement, celui de l'élimination azoturique.

L'opsiurie est un symptôme précoce de l'hypertension portale qui permet de la reconnaître alors même que les autres symptômes sont nuls ou peu accentués. Il peut coexister avec la splénomégalie, la circulation supplémentaire, les hémorragies gastro-intestinales. Plus tard lorsque l'ascite traduit une pléthore portale plus marquée, pléthore qui peut entraîner secondairement le syndrome de l'hypotension artérielle (oligurie, tachycardie), l'oligurie et l'état cachectique du malade peuvent empêcher de le constater, mais alors, il n'est plus besoin de ce signe pour reconnaître l'hypertension portale.

L'opsiurie devra donc être recherchée dans tous les états où l'on soupçonne la pléthore portale, puisqu'elle permet de constater facilement et de manière précise le degré de l'hypertension portale, et d'agir sur elle en conséquence.

Le massage abdominal et surtout le massage direct du foie, pratiqué avec prudence, le régime lacté et le régime lacto végétarien, le repos sont les moyens les plus propres à faire disparaître l'hypertension portale ou à la diminuer, l'amélioration obtenue pouvant être constatée par la diminution ou la disparition de l'opsiurie.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

L'asystolie chez le vieillard, son traitement.

par GUIHAL.

Les principaux éléments cliniques de ces états asytoliques se différencient par plus d'un point de ceux qui caractérisent l'asystolie classique, celle des maladies mitrales, par exemple. La dyspnée est constante, d'intensité variable ; elle revêt souvent la forme expiratrice qui caractérise l'emphysème. Ordinairement continue, elle va rarement jusqu'à l'orthopnée et semble, d'une manière générale, plus atténuée que dans les asytolies d'origine valvulaire. Nous avons observé chez plusieurs de nos malades une dyspnée fort irrégulière qui peut parfois revêtir la forme typique de la respiration de Cheyne-Stokes. Il existe d'ailleurs tous les intermédiaires entre la dyspnée continue et la respiration de Cheyne-Stokes. Beaucoup de vieillards présentent simplement des respirations irrégulières ; mais parfois l'on assiste à de véritables pauses respiratoires, plus ou moins longues, pendant lesquelles le malade, nullement angoissé, répond sans difficulté aux questions qui lui sont posées ; à cette période d'apnée succède une série de respirations plus ou moins dyspnéiques ; en même temps la parole redevient pénible, entrecoupée. Le phénomène était très net chez l'un de nos vieillards ; beaucoup d'autres souffraient de dyspnée irrégulière se rapprochant plus ou moins de la respiration de Cheyne-Stokes classique. Dans tous les cas, il n'existait aucune apparence d'état comateux ni de stupeur, et l'apparition des troubles respiratoires de ce type n'a pas paru influencer, dans un sens défavorable l'évolution de la maladie.

Du côté de l'appareil cardio-vasculaire, on peut noter également quelques particularités, qui semblent sous la dépendance de l'athérome et de l'état du myocarde. La dilatation cardiaque est difficile à déceler définitivement, en raison de la présence d'un emphysème pulmonaire qui rend souvent illusoire les résultats de la percussion précordiale. Ce qui domine, c'est une arythmie cardiaque, plus ou moins marquée ; cette arythmie cède à la digitale en même temps que les autres signes d'asystolie, et constitue ici le principal témoin de la fatigue du myocarde.

L'accélération des battements est beaucoup moins constante ; le pouls est le plus souvent irrégulier, mais fort et plein, faisant ainsi contraste avec la cyanose, les œdèmes et la stase veineuse asystoliques. L'artère radiale, plus ou moins calcifiée, se prête mal à la mesure de la pression artérielle ; cependant, chez deux malades observés à l'hospice des Ménages, cette pression artérielle était supérieure à la normale. Merklen considère d'ailleurs l'hypertension comme étant de règle dans "l'asystolie légère des artério-scléreux". L'auscultation du cœur confirme les renseignements donnés par le pouls.

(*La Presse méd. — Ind. méd.*)

Corps étrangers du tube digestif et purée de pommes de terre.

Le Dr Berby (de Nicosie, Chypre) rapporte les deux très curieuses observations que voici :

" Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, depuis un mois affectée de mélancolie. Le 18 juin, vers le soir, elle saisit la clef de sa porte et l'avala. L'on m'invita sur-le-champ pour examiner la malade. Par le moyen de la palpation, il m'a été impossible de rien découvrir. La malade avait envie de vomir et sentait des douleurs persistantes à l'apophyse xyphoïde. Nous lui recommandâmes un régime de pommes de terre en purée, de la mie de pain en abondance, une tranquillité absolue et des massages du ventre chaque jour.

Cet état dura sept jours sans dérangement, si ce n'est quelques petits malaises toujours vers l'apophyse xyphoïde.

Le septième jour, par suite d'une constipation, j'ordonnai un purgatif d'huile de ricin qui expulsa la clef sans le moindre effort.

Dimensions de la clef : longueur, 9 centimètres ; circonférence de la tête, 5 centimètres ; queue, 3 centimètres ; circonférence du tronc, 2 centimètres ; poids : 25 grammes.

— Le 1er juin, un charpentier de dix huit ans, occupé à fixer un rideau, avala par distraction un clou pointu d'environ 4 centimètres de longueur et de 1 centimètre de circonférence.

Soumis au régime de pommes de terre en purée, pendant deux jours, un purgatif d'huile de ricin, ordonné le troisième jour par suite d'une constipation, il expulsa spontanément le clou sans effort, sans peine."

(*Bull. méd. — Gaz. des hôp.*)

La méningite tuberculeuse dans la tuberculose génito-urinaire de l'homme,

par SIMMONS.

L'auteur a été frappé de la fréquence de la ménin-

gite tuberculeuse, chez les hommes présentant de la tuberculose génitale. Ainsi sur 60 cas de tuberculose génitale réunis par l'auteur, 19, soit 30 p. 100, se sont terminées par la méningite tuberculeuse. Cette proportion apparaît d'autant plus grande que chez les phthisiques, la méningite tuberculeuse ne se déclare ordinairement que dans 5. p. 100 des cas.

D'un autre côté, l'auteur a examiné l'appareil génital chez 37 enfants, 8 femmes et 35 hommes ayant succombé à la méningite tuberculeuse de l'appareil génital. Or, chez les phthisiques, les lésions tuberculeuses de l'appareil génital ne se rencontrent que dans 10 p. 100 des cas.

La méningite tuberculeuse comme complication de la tuberculose génitale est rare chez les enfants avant la puberté. Elle ne se rencontre fréquemment que chez les hommes. Il semble qu'on puisse incriminer les rapports sexuels qui provoquent les congestions des organes malades et peut-être, de cette façon, la dissémination des bacilles tuberculeux.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

CHIRURGIE

Traitement des otorrhées par un procédé pneumatique facile à employer,

par AITKEN.

L'auteur réalise dans l'otorrhée un nettoyage particulièrement efficace de l'oreille, ainsi que la pénétration des substances antiseptiques jusque dans les cellules de l'attique et de l'apophyse mastoïde, en condensant et en raréfiant alternativement l'air dans les conduits auditifs, au moyen du procédé suivant :

On prend une tige métallique, dont l'extrémité est rugueuse ou bien se trouve munie (comme dans les sondes de Playfair) de quelques pas-de-vis et on enroule autour d'elle du coton hydrophile de façon à obtenir un tampon susceptible de boucher hermétiquement l'oreille. Ceci fait, on verse quelques gouttes d'une solution antiseptique dans le conduit auditif et on y introduit le tampon, qu'on retire ensuite brusquement. On répète cette manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire pour nettoyer complètement l'oreille, c'est-à-dire jusqu'à ce que la solution antiseptique qu'on y instille en ressorte parfaitement claire, sans plus charrier de débris. On assèche alors le conduit auditif, puis on y verse de l'alcool iodoformé, ou amyloformé, qu'on laisse s'évaporer pour qu'il se dépose en couche fine sur les tissus malades.

L'auteur a obtenu de la sorte la guérison d'otorrhées rebelles à tous les moyens employés antérieurement. Il a pu même éviter parfois, grâce à ce traitement, la trépanation de l'apophyse mastoïde, qui pourtant paraissait

s'imposer avant qu'on eût recours au procédé pneumatique qui vient d'être décrit.

(*Lancet — Bull. méd.*)

Traitement des ankyloses incomplètes.

par M. le prof. TILLAUX.

Je vous ai montré que, lorsque vous êtes en présence d'une ankylose, la première question à vous poser est celle-ci : l'ankylose est-elle complète, c'est-à-dire y a-t-il abolition absolue des mouvements provoqués, ou l'ankylose est-elle incomplète et y a-t-il un mouvement, si léger soit-il ? Dans le cas où elle est complète, il faut vous demander si elle est fibreuse ou osseuse et regarder si elle est rectiligne ou angulaire. Je vous ai indiqué le traitement de l'ankylose complète rectiligne, traitement qui varie suivant que la cause de l'ankylose est la tuberculose ou une autre cause. Si l'ankylose est due à une tumeur blanche guérie, je vous ai dit de ne pas y toucher, même si elle est incomplète, quelque pression que l'on exerce sur vous, et je vous en ai montré la raison, l'ankylose étant un mode de guérison trop favorable pour qu'on se permette de la compromettre. Si l'ankylose complète est due à une autre cause, mon opinion est qu'il ne faut pas y toucher, vous seriez obligé de faire une résection et l'ankylose peut se reproduire malgré vous après l'opération, en sorte que celle-ci était inutile.

J'en arrive au traitement de l'ankylose incomplète rectiligne. C'est le cas de notre jeune malade dont je vous ai indiqué sommairement l'histoire. J'ai pu chez elle déterminer des mouvements dans le genou, des mouvements qui ne laissent pas de doute et qui ont une certaine amplitude. Il s'agit donc bien d'une ankylose incomplète rectiligne, fibreuse, bien entendu, du genou. Dans ce cas comme dans le cas d'ankylose complète, faites encore la distinction de la cause de l'ankylose : si c'est la tuberculose, ne mobilisez pas l'articulation. Vous serez ici encore assailli par la famille et par le malade qui vous diront : " Mais, il n'y a plus de douleurs, il y a quelques mouvements, est-ce qu'on ne pourrait pas en augmenter l'amplitude, faire quelque chose ? " Répondez que la tuberculose du genou peut être mortelle, faites bien pénétrer dans l'esprit du malade que la guérison complète consiste au contraire dans l'immobilisation de la jointure, sinon il y a la crainte de raviver le foyer qui semble éteint.

Mais si c'est une autre cause qui a déterminé l'ankylose, alors conseillez l'opération, il faut mobiliser à outrance, masser les muscles, il faut intervenir par le mouvement. En matière de mobilisation, il y a la mobilisation manuelle lente et la mobilisation rapide. La première se faisait naturellement avant la découverte du chloroforme. Je me rappelle encore les appareils mobilisateurs à l'aide desquels les malades tous les jours mobilisaient

eux-mêmes peu à peu leur articulation. C'était le traitement que l'on employait pour cette ankylose incomplète. Bonnet, de Lyon, avait précisément inventé un certain nombre de ces appareils mobilisateurs, le traitement durait ainsi des semaines et des mois, c'était long mais enfin l'indication était remplie.

Ce qui vaut mieux assurément et ce qu'on fait, c'est la mobilisation en une ou deux séances sous le chloroforme. Nous allons donc endormir notre malade et nous allons chercher à briser les adhérences qui existent. J'espère arriver ainsi à mobiliser complètement le genou ; je le mettrai ensuite dans une gouttière rectiligne, en l'entourant d'ouate. Le malade souffre généralement pendant vingt-quatre heures après l'opération, mais après cela il ne souffre plus et on peut enlever l'appareil. Il faudra donc que vous avertissiez la famille que le malade souffrira après l'opération pendant un certain temps. Ensuite, je ne dis pas qu'il pourra se servir absolument de son membre, il faudra, bien entendu, refaire de la mobilisation. Dans certains cas, il sera nécessaire de recourir à une seconde séance de mobilisation, le malade étant endormi, je n'y vois aucun inconvénient, mais vous arriverez certainement à rendre l'articulation mobile.

Un mot pour terminer l'histoire des ankyloses du genou : je veux parler des ankyloses angulaires du genou. Ici la conduite est différente et il n'y a plus à avoir d'hésitation : lorsque l'ankylose est incomplète, il faut redresser le membre, *quelle que soit la cause de l'ankylose*, même si elle est d'origine tuberculeuse, il faut la mobiliser et la rendre rectiligne ; il faut en un mot remettre le membre en bonne position, *quelle que soit d'ailleurs la suite, même si l'ankylose doit se reproduire*. Si l'ankylose curviligne est incomplète, servez-vous des mains pour redresser le membre ; si elle est complète, faites la résection orthopédique, la résection en coin.

Une seule observation à propos du genou ; je suppose le condyle du genou en flexion, et je suppose une ankylose incomplète ; le sujet étant endormi, je ne doute pas que vous ne puissiez ramener le tibia en avant. Mais supposez que le tibia, une fois fléchi sur le fémur, soit attiré en arrière sous l'influence des muscles fléchisseurs de l'articulation du genou, et cela arrive au bout d'un certain temps. Le tibia fléchi, glisse par sa face articulaire supérieure en arrière des condyles du fémur jusqu'à déborder en arrière l'axe transversal des condyles ; eh bien, si vous n'avez pas examiné la position respective des deux os, et si vous cherchez à ramener directement le tibia en avant, qu'arrivera-t-il ? Se redressera-t-il ? Non ; d'autant plus que la rotule est venue se coller contre la partie inférieure des condyles. Si donc vous redressez le tibia dans ces conditions, celui-ci fera saillie dans le jarret et vous aurez déterminé une luxation complète du tibia en arrière. Mais si, à l'état ordinaire, à la suite d'une luxation complète du tibia en arrière, il n'arrive rien, car la peau, les vaisseaux, les nerfs sont

souples, dans le cas présent, au contraire, le tout est contracté et vous pourriez avoir des déchirures qui vous obligeraient à faire de suite l'amputation de la cuisse ; par conséquent, dans les cas où cette disposition des os se serait produite, il vaudrait mieux faire la résection que de s'exposer à des accidents graves.

(*Indep. méd.*)

Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des ulcères variqueux.

par M. CAILLETON (Thèse de Paris)

La guérison d'un ulcère variqueux peut être obtenue par une intervention chirurgicale. M. Cailleton pense que l'intervention qui convient le mieux aux ulcères récents est la greffe dermo-épidermique de Thiersch.

Pour les ulcères chroniques, l'intervention doit encore être différente, selon que ceux-ci sont peu étendus, ou au contraire intéressent un grand segment du membre.

Aux ulcères chroniques, mais peu étendus, on opposera l'élongation des nerfs avec curettage et suture de l'ulcère ; s'ils n'ont même que 3 ou 4 centimètres on pourra se contenter de quelques scarifications sur les bords.

Dans les cas d'ulcère d'étendue moyenne, on tentera la dissociation fasciculaire du nerf sciatique.

Enfin ces ulcères chroniques et rebelles, qui s'étendent en hauteur sur presque toute la moitié inférieure de la jambe et en font le tour, seront rapidement améliorés par l'incision circonférentielle.

Il faut aussi faire une place à part à ces cas, dans lesquels on trouve des dilatations variqueuses énormes et douloureuses, et où l'ulcère lui-même peut être considéré comme un accident surajouté à l'affection primitive.

Dans ces cas la ligature ou la résection de la saphène sera légitime.

Quant à l'autoplastie c'est un procédé d'exception en raison de la difficulté de se procurer le lambeau nécessaire à la réparation.

(*Gaz. hebd. méd. chir.*)

De l'intervention chirurgicale dans certains cas de néphrites aiguës et chroniques.

par M. POUSSON (Soc. de chir.)

Je désire vous soumettre les cas dans lesquels je suis intervenu au cours de néphrites soit aiguës, soit chroniques.

a) Le nombre de nos interventions pour néphrites est de quatre ; l'infection, dans deux de ces cas était

consécutive à une maladie générale ; dans les deux autres, elle était consécutive à une affection de la vessie. J'ai pratiqué deux fois la néphrotomie avec deux guérisons se maintenant l'une depuis trois ans et demi et l'autre depuis sept mois, et deux fois la néphrectomie avec une guérison opératoire, mais mort quatre mois après par infection de l'autre rein, et un décès rapide en raison d'une pyonéphrose du rein opposé. En joignant à ces quatre faits onze autres empruntés à la littérature médicale, j'obtiens un total de quinze interventions donnant quatre morts opératoires, soit une mortalité de 26,66%, résultat encourageant étant donnée la gravité des infections du rein. Quant aux résultats thérapeutiques, ils semblent avoir été définitifs, tous les opérés vivant encore au moment de la publication des observations.

La néphrotomie doit être l'opération de choix, non seulement parce que, comptant deux décès sur neuf cas, elle est moins meurtrière que la néphrectomie, qui enregistre deux morts sur six cas, mais parce qu'elle peut suffire à la destruction *in situ* des agents pathogènes et qu'elle ne prive pas l'individu d'un de ses reins.

La simple incision du rein agit en provoquant un écoulement abondant de sang et en favorisant ainsi l'issue des agents pathogènes et de leurs toxines en même temps que celle des déchets épithéliaux encombrant les canalicules. A ce point de vue, elle est autrement efficace que l'ouverture de la vésicule biliaire dans les angiocholites infectieuses.

b) Je suis intervenu dans trois cas de néphrite chronique. Je ne ferai que rappeler ma première intervention, dirigée contre une néphrite hématurique, pour avoir l'occasion de dire que ma malade, opérée en juin 1898, vit encore aujourd'hui, après trois ans. Mes deux autres interventions ont été motivées par l'existence d'accidents urémiques alarmants. C'est là une indication opératoire nouvelle à laquelle aucun chirurgien jusqu'ici n'a obéi.

Chez mes deux malades, les phénomènes d'intoxication, conséquence de l'oligurie et de l'insuffisance excrémentielle du rein, momentanément conjurés par la néphrotomie, se sont reproduits après la fermeture de l'incision rénale et, chez la première, la néphrectomie secondairement pratiquée les a fait définitivement disparaître. Le premier de ces résultats s'explique par ce fait que l'ouverture du rein, enserré dans sa capsule inextensible, lorsqu'il est chroniquement enflammé, ramène la circulation et l'innervation à leurs conditions physiologiques et permet aux éléments anatomiques de reprendre leurs fonctions. Quant au second, il peut être interprété par l'existence d'un réflexe inhibitoire qui, parti du rein malade pour retenir sur le rein sain, cesse temporairement lorsque le rein affecté recouvre son fonctionnement, et définitivement lorsqu'il a été supprimé.

En m'appuyant sur ces faits, je crois pouvoir conclure que, dans certaines affections du rein, l'insuffisance de la dépuration du sang par ce viscère devient une

indication formelle de la néphrotomie ou de la néphrectomie. Comme la chirurgie du foie, qui tend aujourd'hui à s'attaquer aux affections chroniques, telles que les cirrhoses, la chirurgie des reins semble pouvoir prétendre à l'extension de son domaine, jusqu'à faire entrer dans ses limites les néphrites chroniques, substratum anatomique du mal de Bright.

(Indép. méd.)

Therapeutique et Matière Medicale

Manière d'administrer le sel d'Epsom.

Le Dr Putnam emploie juste la quantité d'eau nécessaire pour dissoudre complètement le sel. Un second verre est plein d'eau. Le patient prend deux grosses gorgées d'eau, il avale vite le sel en solution, puis il boit le restant de son verre d'eau pure.

En agissant ainsi on ne goûte pas le médicament.

(American Medicine)

RHEAUME.

Alcool et acide carbolique.

Beaucoup d'observations ont contribué déjà à prouver que l'alcool est un puissant antidote dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide carbolique ; mais la condition essentielle pour que l'alcool ait son effet spécifique, c'est qu'il soit administré immédiatement après que l'acide carbolique a été introduit dans l'estomac, et avant qu'il se fasse une trop grande absorption d'acide.

Le Dr Louis Buck, dans l'*American Medicine*, rapporte un cas où l'alcool, administré trop tard, n'a pas eu l'effet désiré.

Cas. — Le 7 avril 1901, à 10 heures p. m., je reçois un message téléphonique me priant de me rendre chez Mme M., âgée de 26 ans, qui a avalé de l'acide carbolique pour de la menthe, qu'elle a l'habitude de prendre.

Je conseille, en attendant mon arrivée, qu'on introduise dans la gorge de la malade autant d'alcool que possible.

A mon arrivée, quinze minutes après, je trouve la patiente inconsciente, cyanosée, respiration stertoreuse, le pouls à peine perceptible, la pupille dilatée, et pas de réflexes à la conjonctive.

J'essaie d'administrer de l'alcool, mais, comme je n'ai pas de tube stomacal, j'ai beaucoup de difficulté, et je suis obligé, pour lui ouvrir la bouche, de lui obstruer les fosses nasales ; pendant ce temps là un autre introduit l'alcool. La patiente fait quatre à cinq mouvements de déglutition et ainsi on peut introduire dans l'estomac à peu près deux onces d'alcool.

Cette quantité, avec les quatre onces qui ont été

administrés avant mon arrivée, fait six onces avalés dans l'espace d'une demi-heure.

Elle s'éveilla pendant quelques minutes seulement ; je lui administre alors deux injections hypodermiques d'apomorphine, mais sans effet, et elle mourut dix minutes après mon arrivée.

La quantité d'acide carbolique prise était un peu plus d'1/2 once.

Buck conclue que dans ce cas il y avait eu une absorption suffisante d'acide pour produire la mort avant que l'alcool ait pu avoir son effet d'antidote. Cependant, dans des cas analogues, il emploiera le même traitement, en sus les lavages de l'estomac avec l'alcool, puis le sulfate de magnésie, etc.

RHEAUME.

La lécithine

Les conclusions suivantes montrent tout le parti que l'on peut tirer de l'emploi thérapeutique de la lécithine.

Lancereaux conclut en disant que "la lécithine constitue un excellent aliment et qu'elle peut rendre de grands services dans les cas de dénutrition rapide."

Les conclusions de Huchard sont que "la médication à la lécithine doit prendre une place importante dans la pratique médicale pour le traitement de l'anémie de la tuberculose, de certains diabètes et surtout de la neurasthénie."

Les doses employées actuellement : 0 gr. 10 à 0 gr. 20 en injections hypodermiques, 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par voie stomacale, sont un peu plus élevées qu'au début. On n'a d'ailleurs rien à craindre puisque cette médication est inoffensive. Par voie stomacale, les effets sont aussi bons et aussi rapides que par injections sous-cutanées.

(Echo méd. Lyon.)

Des doses utiles et des doses maxima dans la médication arsenicale.

Nombre de médecins ordonnent indifféremment, à la même dose, l'acide arsénieux et l'arséniate de soude ; M. Danlos s'élève contre cette pratique, à cause des différences qui existent entre ces médicaments ; l'acide arsénieux est plus riche en arsenic ; il en contient 75 pour 100 ; il est plus actif ; son action est doublée d'une action caustique excellente pour l'usage externe, défaut pour l'usage interne. Cependant on le tolère parfois fort bien sous forme de liqueur de Fowler ; certains malades ont pu en prendre jusqu'à 80 gouttes par jour ; la limite de la tolérance est cependant, d'ordinaire, de 20 à 30 gouttes ; sous forme de pilules asiatiques, l'acide arsénieux est cependant mieux toléré ; on peut aller jusqu'à 3 pilules par jour : en France, elles sont dosées à 5

milligram., en Allemagne, à 7, et, malgré cela, Kaposi en prescrit souvent jusqu'à 8 ou 15 par jour dans les dermatoses rebelles ; Unna est allé à 13, ce qui fait environ 10 centigrammes d'acide arsénieux. Il est vrai que la grande objection qu'on peut faire aux pilules est l'incertitude de leur absorption ; néanmoins l'arsenic se tolère beaucoup mieux à des doses plus élevées qu'on ne le croit.

Cet écueil de l'intolérance gastrique peut être tourné en injectant de l'acide arsénieux dans les masses musculaires, mais on se heurte à deux autres inconvénients : fréquence des abcès et vives douleurs ; ce sont donc les pilules asiatiques qui restent, pour M. Danlos, la préparation de choix pour administrer l'acide arsénieux.

L'arséniate de soude est moins toxique et s'administre facilement, au contraire, par voie hypodermique ; sa moindre toxicité est due à sa moindre richesse en arsenic (24 %) et à une oxydation plus avancée ; cette toxicité, cependant, n'empêche pas à l'arséniate de soude d'être mal supporté à la dose de 2 à 5 centigrammes par jour.

A la suite d'expériences, M. Danlos a pu se rendre compte, contrairement à l'opinion des classiques, qu'on peut tourner la difficulté en pratiquant des injections sous-cutanées d'arséniate de soude, injections qui sont tout à fait indolores, au titre de 3 à 5 %, stérilisées et faites aseptiquement.

A cette dose, d'ailleurs, l'organisme les supporte bien ; deux malades de M. Danlos ont pu absorber, pendant vingt-huit jours, une quantité hypodermique quotidienne de 54 milligrammes d'arséniate de soude ; avec la précaution de tâter auparavant, par des doses faibles, les susceptibilités individuelles, on peut faire parfaitement supporter, sans le moindre signe d'intoxication, ces doses d'arséniate de soude (3 à 2 centig.), qui paraissent dangereuses à la plupart des médecins.

Réserve faite du cacodylate de soude, c'est l'arséniate de soude qui paraît à M. Danlos la méthode de choix pour une médication arsenicale.

(Journ. de méd. et de chir. — Ann. thérap.)

De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain refractaire ou résistant hyperacide et arthritique.

par M. le Docteur SAMUEL BERNHEIM.

(Suite)

Enfin, nous avons montré ailleurs que les hydrates de carbone étaient par trop négligés dans le régime alimentaire du tuberculeux, — qu'ils étaient la source de l'énergie musculaire et de la résistance à la fatigue : — que les aliments sucrés, en particulier, avaient une haute vertu nutritive.

Mais c'est encore, c'est surtout parce que la plupart

des féculents, des sucres, beaucoup de légumes, de céréales, la plupart des hydrates de carbone en un mot, sont riches en éléments phosphorés que nous avons réclamé leur place dans l'hygiène alimentaire du phtisique. Nous nous rappelons que le terrain tuberculeux s'appauvrit de plus en plus en phosphates. C'est pour lutter contre cette spoliation phosphorée que les légumes, souvent très riches en phosphore, peuvent avoir, chez le tuberculeux, une très réelle utilité.

D'ailleurs, la médication phosphorée dans la tuberculose est aujourd'hui plus que jamais en honneur. Nous reviendrons sur son mode d'emploi, qui nous paraît le meilleur, au moins chez le tuberculeux, sur celui qui nous a donné les meilleurs résultats en relevant rapidement et dans une proportion considérable l'acidité de l'organisme tuberculeux.

Mais il ne nous déplaît pas de constater ici que l'utilité, l'efficacité et nous pourrions dire la nécessité de cette surcharge phosphorée est de plus en plus reconnue et de plus en plus poursuivie par les praticiens.

En agriculture, les superphosphates ont fait leurs preuves comme engrais chimiques des terrains. Récemment, on a fort vanté l'emploi des lécithines, c'est-à-dire d'une variété de graisses organiques phosphorées, dans le traitement de phtisie. Les lécithines semblent d'ailleurs exercer une action stimulante sur la cellule vivante, végétale et animale.

Chauveau et Charrin ont vu qu'une racine de cresson plongeant dans de l'eau lécithinée doublait de longueur par rapport à la plante témoin, et se couvrait de poils en plus grande quantité que la racine normale. Danilewsky, expérimentant tout récemment sur des chiens, a constaté que des injections sous-cutanées de lécithine élevaient leur taux d'hémoglobine, le nombre de leurs globules rouges, etc... Il en conclut que la lécithine avait une influence stimulante directe sur le processus de multiplication des éléments cellulaires.

Desgrez et Aly-Zaky concluent des expériences exécutées sur des cobayes dans le laboratoire du professeur Bouchard " que les lécithines injectées sous la peau exercent sur les échanges nutritifs une action favorable se manifestant par une augmentation notable de l'élaboration azotée, une fixation notable du phosphore, un accroissement marqué du poids des animaux.

Serano, de Turin, expérimenta sur lui-même et sur des malades neurasthéniques et tuberculeux. Il observa une amélioration de l'état général et des forces, une augmentation de l'appétit et du poids, une stimulation évidente de l'hématopoïèse et conclut que " l'action reconstituante de la lécithine était comparable à celle de l'arsenic, mais beaucoup plus rapide."

C'est une action identique qu'exercent les succédanés de la lécithine, les glycérophosphates.

L'alimentation phosphorée, soit par les légumes qui contiennent beaucoup de phosphore, soit par la lécithine, soit par les glycérophosphates, a donc pour effet de sup-

pléer à l'insuffisance du terrain tuberculeux en phosphates et en acide phosphorique.

Nous verrons, à propos de la médication hyperacide, comment on peut associer à la fois le phosphore et la créosote pour modifier, dans un sens favorable, du côté de l'arthritisme, le terrain tuberculeux.

Concluons donc d'une façon générale que la suralimentation transforme le chimisme de l'organisme dans le sens de l'arthritisme, c'est-à-dire dans le sens de la surminéralisation, de la phosphatisation et de l'hyperacidité.

Les aliments qui concourent le plus efficacement à ce résultat sont la viande, les graisses et l'huile de foie de morue, les œufs pris en grande quantité, les hydrates, de carbone et les légumes secs riches en phosphates.

* **

Il y a lieu, dans le traitement de la tuberculose, de faire une place aux médicaments à côté de la cure hygiénique et alimentaire. — Mais si la cure hygiéno-diététique doit occuper le premier plan du traitement antituberculeux, est-ce à dire que la thérapeutique médicamenteuse ne doit être rigoureusement exclue ? Ce rigorisme et cet exclusivisme, qui sont observés dans la plupart des sanatoria, nous ont toujours paru exagérés. Que la médication seule soit impuissante, en l'état actuel de la science, pour faire rétrocéder la tuberculose, et qu'elle ne puisse rien sans le concours de l'hygiène et du régime — personne n'en est plus persuadé que nous.

Mais nous sommes aussi profondément convaincu qu'un appel discret mais opportun à quelques médicaments bien choisis ne peut que concourir à l'action de la cure hygiéno-diététique — en hâter l'heureux résultat et parfois même, — ainsi que nous l'observons depuis plusieurs mois à nos dispensaires antituberculeux, et ainsi que nous l'exposerons à la fin de cette étude, — parfois suppléer à ce que la cure hygiénique et alimentaire a nécessairement d'incomplet chez les indigents.

Quels sont donc les médicaments qui peuvent avoir une action corroborante des moyens hygiéniques et alimentaires que nous avons jusqu'ici mentionnés ?

Parlons encore des faits acquis et des résultats les moins contestés.

* **

Du mode d'action de la créosote. — Toute le monde est à peu près d'accord aujourd'hui pour admettre que, parmi la multitude des médicaments expérimentés contre la tuberculose, la créosote, et surtout ses dérivés, ses polyéthers, se sont montrés les plus constants, les plus réguliers, les plus efficaces.

Dans un travail récent nous avons longuement développé ce que nous avaient appris nos expériences et notre pratique sur l'efficacité, le mode d'action et les indications de la créosote. Nous avons cherché surtout à donner une explication rationnelle, conforme aux données

nouvelles de la chimie biologique, du mode d'action de la créosote. Nous ne rappellerons ici que les conclusions de cette étude utile à la démonstration que nous poursuivons ici.

Après avoir montré que la créosote n'agissait pas sur la graine, sur le bacille en tant qu'antiseptique et qu'agent microbicide — nous nous sommes demandé en quoi la créosote pouvait agir sur le terrain, sur la lente transformation du sol tuberculeux ; et interprétant l'opinion de Burlureaux, qui se tente de déclarer que la créosote est un agent dynamogénique sans, d'ailleurs, expliquer pourquoi, — conciliant les opinions de Lorot, pour qui la créosote augmente l'action phagocytaire, d'Arloing et Courmont, qui venaient de démontrer que des injections d'huile créosotée augmentaient chez les animaux le pouvoir agglutinatif du sérum sanguin, nous avons conclu que tous ces mécanismes partiels de défense ne s'expliquent que par une action générale sur l'activité cellulaire, par une modification du terrain — modification que le docteur Boureau a constatée directement avec la créosote. La créosote augmente l'acidité humorale. Et c'est surtout en tant que facteur d'acidité qu'elle est efficace pour augmenter la résistance du terrain tuberculeux.

(à suivre)

MALADIES VENERIENNES

Contribution à l'histoire de névrites des syphilitiques.

par M. FRENEL (Th. de Paris)

Il existe chez les syphilitiques, et surtout les secondaires, des névrites qui ne relèvent pas d'une compression périoste-méningée.

Pour M. Frénel, il paraît probable que ces névrites ne résultent pas toujours et uniquement de la syphilis ; on peut, à juste titre, incriminer l'alcool dans certains cas ; le mercure dans d'autres.

D'une façon générale, il ne croit pas que néanmoins ni le mercure ni l'auto-intoxication permettent d'expliquer la majorité de ces faits, dont quelques-uns relèvent peut-être des infections secondaires.

Il y a une névrite primitive chez les syphilitiques. Cette névrite, rare, offre un singulier protéisme anatomo-clinique : tantôt parcellaire, elle frappe les nerfs crâniens oculaires et surtout faciaux, ou les nerfs spinaux, sciatique, médian et surtout cubital. Tantôt multiple, elle affecte ou le type paraplégique ou le type quadriplégique, très rarement le monoplégique. Paraplégique, elle siège plus souvent aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Habituellement subaiguë, elle guérit presque toujours et n'aggrave pas sensiblement le pronostic de la syphilis.

À côté de ce type ordinaire, il existe une forme no-

dulaire de cette névrite. Lorsque cette névrite cubitale hypertrophique s'accompagne de troubles trophiques, elle engendre un syndrome syringomyélique pseudo-lépreux partiellement réalisé dans les cas de Taylor et Sorrentino, entièrement réalisé dans celui de Renault.

Bien qu'il paraisse que la syphilis soit la cause majeure de toutes ces névrites, il est produit, en présence du petit nombre de faits observés jusqu'ici, d'employer provisoirement encore l'expression de névrites des syphilitiques, et non celle de névrite syphilitique.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Transmission de la syphilis par la femme après une longue période de guérison.

par JONATHAN HUTCHINSON.

Une femme apportée à l'auteur ses deux enfants, un nourrisson de 9 mois et un garçon de 8 ans, tous deux atteints de syphilis héréditaire. Il semble probable que la mère a eu la syphilis peu de temps avant la naissance de l'aîné des enfants; les symptômes furent de courte durée et ensuite elle jouit d'une bonne santé apparente, ce qui ne l'empêcha pas de mettre au monde un enfant syphilitique huit ans plus tard.

Dans un autre cas, un homme lui apporta successivement ses trois enfants atteints de syphilis héréditaire. Il affirme ne pas savoir d'où provient cette affection et ne l'avoir jamais eu lui-même. La femme ne fut pas examinée. Finalement, il revint lui-même atteint d'un chancre de l'amygdale et d'une éruption généralisée. Il avait été infecté par son enfant en suçant la tétine pour amorcer le biberon. Il avoua alors que sa femme avait eu la syphilis avant son mariage. A l'examen la femme semble en bonne santé, mais elle continua à accoucher d'enfants syphilitiques.

Ces faits, en apparence incompréhensibles, sont expliqués de la façon suivante par Hutchinson. Les ovules, en réserve dans le stroma ovarien, ont une capacité remarquable pour retenir les impressions morbides et sont des organes excellents pour l'emmagasinement du poison. De cette manière, il est facile de comprendre que les ovules, ayant été imprégnés par le poison syphilitique, peuvent en retenir assez pour engendrer des syphilis congénitales longtemps après la disparition des accidents locaux et même de la syphilis constitutionnelle.

(Journ. de méd. de Paris.)

La syphilide pigmentaire réticulaire du cou (syphilide pigmentaire de Hardy-Fournier).

par M. PÉTERESCO (Th. de Paris).

La syphilide pigmentaire est une manifestation de la période secondaire de la syphilis, témoignage d'une

imprégnation profonde de l'économie par l'agent infectieux, ou de l'association de cet agent avec un ou plusieurs autres facteurs morbides ayant pour résultat la compromission de l'état d'équilibre organique.

D'après M. Pétersco, elle n'est pas l'analogue d'une simple mélanoderme cachectique, car elle relève d'un processus actif, d'une dermite spécifique et doit être, si même primitive en apparence, rapportée à une formation d'éléments éruptifs, maculeux, papuleux, etc. Il ne nie pas l'existence d'une syphilide pigmentaire cliniquement parlant spontanée, mais anatomiquement il ne la considère que comme le vestige d'une éruption avortée, et partant secondaire au même titre que les pigmentations consécutives à une éruption constituée.

La forme objective et l'évolution si caractéristique de la syphilide pigmentaire en font un type d'affection bien tranché, qui en l'absence de toute autre manifestation cutanée acquiert une valeur pathognomonique incontestable.

La syphilide pigmentaire peut aussi jusqu'à un certain point faire présager la gravité de l'infection latente.

Les syphilis qui la produisent sont particulièrement fertiles en accidents, et cela tient bien plus à l'état d'infériorité organique du sujet qu'à la virulence de l'infection. C'est encore une raison pour laquelle le traitement spécifique ne la modifie guère.

Deux procédés de pigmentation aboutissent à la forme classique de la syphilide pigmentaire. L'un et l'autre peuvent s'arrêter définitivement sous une forme fruste. Ce sont la forme à lunules, pigmentation unifornne à l'origine, et la syphilide marmoréenne de Taylor. C'est ce dernier procédé qui est le plus fréquent. Mais le plus souvent le réticulum se trouve rapidement ébauché, et environ 9 fois sur 10, on observe la forme en rétille ou dentelle, la syphilide pigmentaire de Hardy-Fournier.

(Gaz. hebdomadaire de méd. chir.)

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE

par J. W. LECOURES,

Professeur de matière médicale et de pharmacie

à l'École de pharmacie de Montréal.

Sous le titre de *Notes de Pharmacie Pratique*, nous publierons de temps en temps, de courtes observations sur l'art de formuler, sur les incompatibilités chimiques et pharmaceutiques, sur la pharmacologie et la pharmacotechnie.

Nous signalerons l'apparition des médicaments nouveaux et dénoncerons, à l'occasion, les faux "nouveaux médicaments," préparations trompeuses sinon frauduleuses et dont il existe un certain nombre.

Nous donnerons des formules choisies et des résumés tirés de la presse pharmaceutique. Enfin un miscellanée de bouts d'articles d'intérêt médico-pharmaceutique.

Nous répondrons aussi, dans la mesure de nos forces, aux questions que l'on voudra nous poser concernant les sujets de notre compétence. Ces questions devront être signées et adressées à J. E. W. Lecours, pharmacien, 370, rue Craig, Montréal.

Réponse au docteur O. B. — 1° " Il existe sur le marché un si grand nombre de marques de pepsine, avec des prix si différents, que le médecin et le pharmacien sont souvent embarrassés dans leur choix. Ainsi, la pepsine de Merck (paillette) s'achète à 30 cts. l'once, tandis que celle d'Armor ou celle de Fairchild se vend quatre ou cinq fois plus cher. Comment expliquer cette différence si forte dans les prix ? Puis, que valent ces distinctions : 1/3000 — 1/4000 — 1/6000 ? "

Le prix d'une pepsine indique ordinairement son titre en pepsine vraie, c'est-à-dire son degré de pureté.

Des distinctions en question (1/3000 - 1/4000 etc.) indiquent précisément le titre de la pepsine. On appelle titre d'une pepsine la quantité en grammes d'albumine coagulée (blanc d'œuf bouilli) qui peut être peptonisée par un gramme de cette pepsine. Ainsi, quand on dit qu'une pepsine titre 3000 ou 1/3000, cela veut dire que 1 gramme de cette pepsine peut peptoniser 3000 grammes d'albumine coagulée.

La Pharmacopée Britannique donne un procédé très précis pour déterminer le titre de la pepsine. Une pepsine répondant aux exigences de la P. B. doit dans des conditions données pouvoir peptoniser 2500 fois son propre poids d'albumine coagulée.

Certaines maisons américaines offrent en vente des pepsines d'un titre encore plus élevé que celui de la P. B.

2° " Voulez-vous indiquer une formule très simple pour préparer l'élixir ou l'essence de pepsine. "

La formule suivante donne un produit qui peut remplacer les essences et les élixirs du commerce.

Pepsine (1/2500 ou 1/3000...)	4 drachmes.
Acide chlorhydrique dilué...	1 —
Glycérine.....	1 once.
Sirop simple.....	2 —
Alcool.....	2½ —
Eau, pour faire.....	16 —

Faire dissoudre la pepsine dans la glycérine, l'acide et 8 onces d'eau préalablement mêlés, puis ajouter le sirop, l'alcool et de l'eau en quantité suffisante pour faire 16 onces. Après quelques jours de contact, filtrer au papier.

3° " Formule pour glycérolé de pepsine. "

Pepsine.....	85 grammes.
Acide chlorhydrique.....	10 cent. cubes.

Glycérine.....	500 — —
Eau, pour faire.....	1000 — —

Dissoudre la pepsine dans l'acide et 450 c.c. d'eau, filtrer et ajouter de l'eau pour faire 500 c.c. de solution. Mêler cette solution avec la glycérine.

4° " Sous quelle forme la pepsine est-elle la plus pure : poudre, paillettes ou saccharinée ? "

Poudre ou paillettes, peu importe la forme sous laquelle la pepsine est présentée, la seule chose à considérer est le titre de la pepsine. Cependant on doit donner la préférence à la pepsine en poudre quand il s'agit d'en préparer ces paquets ou des cachets, mais seulement à cause de la forme plus convenable de la poudre.

La pepsine saccharinée ou sucrée est tout simplement un mélange en proportions variables de pepsine et de sucre de lait. La proportion ordinaire est, 1 partie de pepsine pour 9 de sucre de lait.

5° " L'expérience s'accorde-t-elle avec la théorie qui veut que les solutés alcooliques ou vineux de pepsine soient inférieurs à la pepsine pure ? "

Divers auteurs se sont occupés de cette question et ont émis des opinions contraires sur l'action de l'alcool sur la pepsine. Des expériences nombreuses ont été faites par M. Bardet (1) et voici les conclusions qu'il en tire.

" En résumé, l'action chimique de l'alcool sur la pepsine est moins dangereuse, au point de vue pharmaceutique, qu'on le pensait généralement. La pepsine se dissout très bien et sans perte de solubilité dans les solutions alcooliques à moins de 50 pour cent ; enfin l'action physiologique n'est pas touchée dans les solutions alcooliques dont le titre ne dépasse pas 20 pour cent. "

Ces conclusions s'accordent bien avec la pratique suivie en Amérique où on semble donner la préférence aux préparations liquides de pepsine, qui, pour la plupart contiennent un peu d'alcool et de l'acide chlorhydrique dont la présence favorise l'action de la pepsine.

6° " Voulez-vous indiquer un instrument ou moule peu dispendieux, pour fabriquer les suppositoires, le prix et où l'acheter ? "

La maison Whital Tatum, de Philadelphie vend un petit appareil très simple pour la préparation des suppositoires par compression à froid. Cet appareil est très utile et se vend environ quatre dollars chez les pharmaciens.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES BRULURES.

R. Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gr.
Aristol.....	4 —
Huile d'olive.....	20 —
Lanoline.....	75 —

(J. des praticiens.)

(1) Dict. de thérap. de Dujardin Beaumetz.

Revue des journaux

MEDECINE

Le poumon chez les cardiaques.

par INGELRANS.

Nous avons à présent une idée d'ensemble de l'état du poumon chez les deux malades types que nous avons pris pour exemples. Le diagnostic exact de ce qu'ils peuvent présenter est facile bien souvent quand on n'ignore pas ce qui peut leur arriver. Ainsi on ne confondra pas l'œdème aigu du poumon avec l'œdème de la glotte si on songe seulement à sa possibilité et si on constate la pluie de râles fins qui manque forcément, dans le second cas. On ne prendra pas le stase pulmonaire du mitral pour une congestion pulmonaire, si l'on comprend la nécessité de sa bilatéralité, par rapport aux congestions actives et inflammatoires, souvent unilatérales. On évitera la confusion avec la broncho-pneumonie par la constatation de la fièvre et de l'intégrité du cœur dans cette maladie. Il n'est pas possible de tout passer en revue : nous ne nous attacherons pas d'avantage à faire remarquer la gravité des affections pulmonaires aiguës ou chroniques chez des cardiopathes ; la solidarité des deux organes, cœur et poumon, fait deviner leur sombre pronostic.

Toutes les fois qu'on aura rencontré des manifestations pulmonaires chez un cardiaque, il faudra penser à la possibilité d'un hydrothorax ou d'une pleurésie concomitantes. Ceci est d'ailleurs dans un autre ordre d'idées, mais le voisinage de la séreuse pleurale exige son exploration chez ces sujets. Dès qu'on sera en possession d'un diagnostic suffisamment approché, alors seulement on pourra émettre un pronostic variable à l'infini, mais qui, s'il n'est pas grave immédiatement, doit toujours être réservé pour l'avenir. La lésion cardiaque est toujours là, menaçante, et il faut bien se représenter que, le poumon atteint une fois, il est exceptionnel qu'il récupère tout à fait son état normal antérieur.

(Echo méd. du nord. — Ind. méd.)

La lutte contre la tuberculose envisagée à la lumière de l'expérience acquise dans le combat contre les autres maladies infectieuses

M. Robert Koch (Congrès Britannique de la tuberculose.) — Il y a quelque vingt ans la nature de la tuberculose nous était inconnue : elle était regardée pour ainsi dire comme une conséquence de la misère sociale, et comme il était impossible d'aboutir par des moyens fa-

ciles, on n'espérait qu'en l'amélioration des conditions sociales, et l'on n'entreprenait rien. Tout est changé maintenant. Nous savons que la misère sociale joue un rôle important dans la propagation de la tuberculose, mais la véritable cause de la maladie est un parasite palpable et visible, que nous pouvons poursuivre et détruire comme les autres parasites ennemis de l'espèce humaine.

A proprement parler, le caractère évitable de la tuberculose aurait dû paraître évident aussitôt que le bacille tuberculeux fut découvert, aussitôt que les caractères du parasite et son mode de transmission furent connus. J'ajoute que, pour ma part, je compris dès l'abord tout l'importance de cette découverte. Mais la force d'un petit nombre de médecins était insuffisante pour lutter avec une maladie si profondément enracinée dans nos mœurs et nos habitudes. Un tel combat demandait la coopération de nombreux médecins, sinon de tous les médecins des Etats et de tous les peuples : le moment est venu où une telle coopération serait possible.

Chaque maladie doit être traitée suivant son individualité, et les mesures prises contre elle doivent être appropriées soigneusement à sa nature et à son étiologie. Nous avons le droit d'espérer le succès dans la lutte contre la tuberculose si nous n'oublions jamais ce principe fondamental.

Dans le combat contre les maladies infectieuses, il faut attaquer le mal à sa racine ; on ne doit pas perdre ses forces à prescrire des mesures inutiles. Demandons donc si ce qui a été fait et si ce que l'on est en train de faire contre la tuberculose atteint le mal à sa source, de manière à en amener plus ou moins vite la disparition.

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de se demander comment la tuberculose pénètre dans l'organisme, et nous entendons sous le nom de tuberculose les seules maladies qui sont causées par le bacille tuberculeux.

Pour la grande majorité des cas, la maladie a son siège dans les poumons et a commencé dans cet organe. De ce fait, on peut conclure que les germes de la maladie ont pénétré par inhalation. Quant à la question de l'origine de ces bacilles, il n'y a pas de doute. Nous savons qu'ils arrivent dans l'air avec les crachats des phthisiques. Les crachats, surtout aux périodes avancées de la maladie, contiennent presque toujours des bacilles tuberculeux, parfois en quantités incroyables. En toussant et même en parlant, le phthisique rejette les bacilles dans des particules de crachats, c'est-à-dire dans un milieu humide, et les individus voisins peuvent ainsi être infectés directement. Mais ces crachats peuvent aussi être pulvérisés lorsqu'ils sont desséchés, être répandus sur le sol ou sur le linge, ou flotter dans l'air sous forme de poussière.

De cette manière, un cercle complet se constitue

pour la propagation de la maladie, depuis le poumon tuberculeux qui produit le pus contenant le bacille, jusqu'à la formation de ces particules humides ou sèches. Ce bacille tuberculeux peut pénétrer dans d'autres organes du corps et engendrer d'autres formes de tuberculose, cas beaucoup plus rares. Les crachats des phthisiques doivent être regardés comme la source principale de l'infection tuberculeuse. Sur ce point tout le monde est d'accord.

On doit se demander s'il existe d'autres sources de contamination assez importantes pour entrer en ligne dans la lutte contre la tuberculose.

On attache, en général, grande importance à la transmission héréditaire de la tuberculose ; il a été démontré, par une recherche attentive, que, quoique la tuberculose héréditaire ne soit pas entièrement inconnue, elle est très rare ; nous pouvons ne pas la prendre en considération au point de vue pratique.

L'infection tuberculeuse peut-elle, comme on le pense en général, se transmettre par le passage des germes morbides de l'animal à l'homme ? On considère aujourd'hui ce mode d'infection comme si fréquent, que certains le considèrent comme le plus important, et que les mesures les plus rigoureuses ont été réclamées pour le combattre. Mes recherches m'ont permis de me faire une opinion différente de celle généralement admise ; vous m'autoriserez, en considération de l'importance de la question, à la discuter.

La tuberculose spontanée a été observée chez presque tous les animaux, en particulier sur la volaille et le bétail. La tuberculose aviaire diffère tellement de celle de l'homme que nous ne la considérons pas pour lui comme une cause d'infection tuberculeuse. A vrai dire la seule espèce de tuberculose animale qui, si elle est transmissible à l'homme, pourrait infecter l'organisme humain, est la tuberculose bovine, qui pourrait se propager par le lait et la chair des animaux malades.

Même dans mes premières publications sur la tuberculose, je me suis exprimé avec réserve sur l'identité de la tuberculose bovine et de la tuberculose humaine. Les preuves qui m'auraient permis de distinguer nettement ces deux formes de la maladie n'étaient pas alors à ma disposition, je n'avais pas non plus des preuves évidentes de leur identité, je laissai la question dans le doute. Dans le but de la résoudre, j'ai souvent repris mes recherches sur ce sujet. Tant que j'ai expérimenté sur les petits animaux (lapin ou cobaye), je n'ai pu arriver à aucun résultat satisfaisant quoique je n'aie pas manqué d'indications qui permettaient de distinguer ces deux formes de tuberculose ; l'obligeance du Ministre de l'agriculture m'a permis d'expérimenter sur le veau, le seul animal qui convienne à cette recherche. De diverses expériences poursuivies pendant 2 ans avec le professeur Schutz, du Collège vétérinaire de Berlin, je vous vais résumer les plus importantes.

Un lot de jeunes veaux, éprouvés par la tuberculine et pouvant être ainsi regardés comme indemnes de tuberculose, fut infecté suivant différents procédés par des cultures pures de bacille tuberculeux provenant de tuberculose humaine ; quelques-uns reçurent directement des crachats de phthisiques. Dans quelques cas, le bacille tuberculeux ou le crachat étaient injectés sous la peau, dans d'autres cas dans la cavité péritonéale, dans d'autres, enfin, dans la veine jugulaire. Six animaux furent alimentés avec des crachats tuberculeux presque quotidiennement pendant 7 ou 8 mois, quatre inhalèrent de grandes quantités de bacilles, en suspension dans de l'eau que l'on pulvérisait dans l'atmosphère. Aucun de ces animaux (ils étaient au nombre de 19) ne présenta le moindre symptôme morbide et tous augmentèrent de poids. 6 ou 8 mois après le début de l'expérience, ils furent sacrifiés. Dans les organes, on ne trouva pas trace de tuberculose. C'est seulement aux points où avaient été faites les injections, que l'on rencontra de petits foyers de suppuration renfermant quelques bacilles tuberculeux. C'est exactement ce que l'on trouve lorsque l'on injecte des corps de bacilles morts, sous la peau d'animaux réfractaires. Ainsi les animaux réagissaient au bacille humain vivant, comme s'ils avaient reçu des bacilles morts. Ils étaient absolument réfractaires.

(à suivre)

Etude clinique sur la colique de plomb.

par HENRY BERNARD (Th. de Paris).

La description classique de la colique de plomb est insuffisante à donner une idée exacte de l'affection.

En effet, de tous les symptômes cardinaux de la colique, réputés constants, un seul ne manque jamais : c'est la douleur. Tous les autres peuvent manquer ou être remplacés par un symptôme de signification opposée : c'est ainsi que la constipation peut manquer ou être remplacée par de la diarrhée, que les vomissements peuvent faire complètement défaut, etc.

En outre, certains signes, sur lesquels on s'appuie fréquemment pour faire un diagnostic différentiel, sont loin d'être constants, et l'ignorance de ce fait peut conduire à de graves erreurs d'interprétation. C'est ainsi que la rétraction de l'abdomen se rencontre beaucoup moins fréquemment que sa forme normale ou son ballonnement ; c'est ainsi encore qu'il n'est pas rare de voir l'apyrexie remplacée par un état fébrile plus ou moins marqué, la palpation abdominale profonde être plus douloureuse que la palpation superficielle, etc.

A côté de la crise de colique de plomb classique, il existe d'importantes formes cliniques de l'affection. Ces formes peuvent être divisées en trois groupes :

Les unes sont déterminées par la durée de la crise : formes aiguës ; formes chroniques.

D'autres doivent leur entité à une variante symptomatique : formes *généralisées* ; formes *localisées* ; formes *spasmodiques* ; formes *paralytiques* ; formes *occlusives* ; formes *fébriles*.

D'autres, enfin, sont des formes compliquées d'une autre affection, saturnine ou non.

La colique de plomb présente avec un certain nombre d'affections des rapports variables : telles sont surtout l'appendicite, les entérites aiguës, les affections gastriques, les affections respiratoires, l'urémie, l'hystérie.

Les rapports de la colique de plomb avec l'appendicite sont les suivants :

Le diagnostic entre la colique de plomb et l'appendicite est souvent difficile : des appendicites ont été prises pour des coliques de plomb et réciproquement.

Un saturnin chronique peut faire, alternativement, des crises d'appendicite et des crises de colique de plomb.

On peut observer un syndrome mixte, l'évolution commençant par une colique de plomb, pour finir par une appendicite.

Il paraît même probable que certaines, parmi les formes fébriles de la colique de plomb, sont des formes compliquées d'une appendicite catarrhale légère.

Le traitement du syndrome doit bénéficier de ces notions cliniques : il faut retarder l'emploi des évacuants intestinaux jusqu'à ce que l'on possède la certitude d'un diagnostic exact.

Il n'est pas rare de voir un entérite aiguë, en général légère, compliquer la colique de plomb.

Cette entérite peut ressortir à deux pathogénies : dans certains cas, elle paraît être primitive et due à une poussée aiguë d'un catarrhe intestinal ; d'autres fois, elle est *secondaire* et provoquée par l'action des drastiques sur l'intestin ; aussi l'usage de ces derniers, dans le traitement de la colique de plomb, doit-il être très restreint.

La colique de plomb joue, à l'égard de l'hystérie saturnine, le rôle de cause occasionnelle ; elle provoque ou rappelle les manifestations aiguës de la névrose : crises convulsives, troubles sensitivo-sensoriels et paralytiques.

D'une manière générale, les rapports de la colique de plomb avec les autres affections peuvent être résumés ainsi :

Les *affections aiguës* jouent, à l'égard de la colique de plomb, le rôle de la cause provocante.

La colique de plomb, véritable traumatisme pathologique, possède sur les *affections chroniques*, une influence néfaste : elle hâte leur marche et peut amener rapidement terminaison fatale.

(Gaz. des hôp.)

CHIRURGIE

Le phlegmon diffus chez les alcoolo-diabétiques

par M. le Dr E. LAFON (Th. de Montpellier).

Chez l'alcoolo diabétique, le moindre traumatisme, quel que soit le microbe qui entre en jeu, peut provoquer des lésions inflammatoires et en particulier le phlegmon diffus.

Sur les 10 observations de phlegmon diffus chez des alcoolo-diabétiques qu'a réunies M. Lafon, on trouve dans 7 cas une cause absolument futile comme point de départ (légère écorchure du doigt ; petite piqûre au talon, etc.).

Début insidieux, absence de réaction fébrile, longue durée, tels sont les caractères cliniques qui caractérisent le phlegmon diffus chez les alcoolo-diabétiques. Sa gravité particulière est imputable aux modifications profondes de l'organisme sur lequel s'est faite l'association du diabète et de l'alcoolisme.

Le pronostic, très grave, est en rapport avec celui des deux diathèses associées, et aussi avec le mode de traitement employé. Aussi, en présence d'un phlegmon diffus chez un alcoolo-diabétique, faut-il agir rapidement et avec énergie par des incisions larges et multiples, par l'emploi des bains continus, par l'application d'antiseptiques énergiques.

(Gaz. des hôp.)

Du décollement des pansements adhérents par l'arrosage des plaies à l'eau oxygénée.

par le Dr CLEMENT DE BRYE (Th. de Lyon).

Voici les conclusions de cette intéressante thèse qui présente un réel intérêt pratique :

Pour décoller les pansements, on devra employer l'eau oxygénée, neutralisée par le biborate de soude, pour éviter l'irritation des plaies par un liquide acide. On obtiendra ainsi une eau oxygénée moins stable, qui se décompose facilement et dégage rapidement le plus de gaz possible.

L'eau oxygénée décolle aisément les adhérences des pièces de pansement : plats, cavitaires ou intra-abdominaux et, en particulier, les tamponnements à la Mikulicz. Dans ces derniers cas, on supprimera les difficultés ou les dangers de l'ablation : douleurs, hémorragies, ruptures d'adhérences, perforations intestinales. Avant d'opérer des tractions douces et continues, on devra avoir soin d'attendre l'imbibition complète du pansement.

Les propriétés libératrices de l'eau oxygénée sont dues à une action mécanique, consécutive à une action chimique. Le liquide se décompose au contact du sang, des sérosités et du pus. Il se dégage de fines bulles de

gas formant un masse abondante qui s'interpose entre le pansement et la plaie ; la séparation est, de ce fait, très aisée.

Cet emploi de l'eau oxygénée peut-il avoir des inconvénients : irritation des plaies, mortification des tissus et des dangers ; absorption par les veines et embolies ?

Non, si l'on emploie une eau alcalinisée, ne titrant pas plus de 8 à 10 volumes, qu'on versera par petites fractions en quantité juste suffisante. On se servira avec avantage d'un vaporisateur qui projettera le liquide dans les anfractuosités des plaies et dont l'emploi n'a pas l'inconvénient de diminuer d'une manière appréciable en pratique la valeur de l'eau oxygénée.

(Lyon méd.)

De l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

M. Vernueuil (de Bruxelles) (Soc. belge de chir.) a expérimenté un chlorure d'éthyle très pur que l'on trouve dans le commerce sous le nom de kéléne. On se sert d'un masque spécial dont le bord est recouvert d'un coussinet en caoutchouc, gonflé d'air. L'appareil est pourvu à sa partie supérieure, de deux soupapes très sensibles ; sur l'une d'elles on adapte le récipient contenant le tampon imbibé de chlorure d'éthyle, l'autre sert à la sortie de l'air expiré. Il est très important que l'aide chargé de l'anesthésie, après avoir gonflé le coussinet, maintienne l'appareil avec force, bien adhérent sur la face.

Voici du reste comment on procède : le récipient qui surmonte le masque étant garni de coton hydrophile on arrose celui-ci de 5 à 10 grammes de chlorure d'éthyle chez les enfants, de 10 à 15 grammes chez les adultes, puis ce masque étant appliqué sur la figure du patient, on engage celui-ci à souffler fortement dans l'appareil. Une inspiration profonde succède naturellement à cette action de souffler et le rythme respiratoire s'établit normalement.

L'anesthésie est obtenue au bout d'une minute en moyenne, souvent sans aucune excitation appréciable ; le masque étant laissé en place, l'anesthésie se prolonge pendant 5 à 6 minutes.

Le relâchement musculaire n'étant pas complet, la méthode n'est pas à recommander s'il s'agit de réduire une fracture ou une luxation.

Pour obtenir une anesthésie de longue durée, il suffit de projeter sur le coton une nouvelle dose de liquide toutes les 5 ou 6 minutes, mais il semble cependant qu'un agent dont les effets sont si rapides doit être dangereux à administrer pendant longtemps.

Pour de courtes opérations, l'auteur utilise l'anesthésie produite par la première et unique dose de chlorure d'éthyle ; pour les opérations d'une certaine durée, au moment où le patient est profondément endormi, il

faut remplacer vivement le masque à kéléne par un masque imbibé de chloroforme, et l'anesthésie est continuée comme de coutume.

L'avantage énorme du procédé, c'est de déterminer très rapidement une narcose suffisante pour exécuter des opérations de courte durée, le réveil étant exempt des troubles ordinaires et se produisant très rapidement après que le masque a été retiré.

De plus l'excitation que produit le chlorure d'éthyle est courte, même chez les alcooliques, et c'est pour cela que son emploi est si recommandable pour la première période de la narcose.

L'anesthésie s'obtient plus rapidement par le chlorure que par le bromure d'éthyle, les troubles gastriques sont moins fréquents, la cyanose beaucoup moins inquiétante ; chez l'adulte, tandis que le bromure d'éthyle est dangereux à employer et n'amène l'anesthésie que fort difficilement, le kéléne réussit aussi bien que chez l'enfant.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Traitement des phlébites.

M. Hirtz (de Paris dans une récente conférence, revient sur le traitement des phlébites.

A la période de début, immobilisation classique dans une gouttière matelassée d'ouate, dans une gouttière de Bonnet en cas de phlébite double.

Durée variable, le chiffre fatidique de six semaines sera parfois dépassé.

Comme topiques locaux, rejeter les pommades iodurées, les onguents mercuriels. Prescrire une pommade largement morphinée lorsque la douleur, comme dans certaines formes de phlébites, à type névralgique empêchera les malades de dormir.

Les applications humides ont été recommandées depuis de longues années. Reichenau propose de les glacer comme moyen sédatif.

M. Hirtz a recours à des compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, à l'eau sédative coupée au tiers, — et, si la peau n'est pas tout à fait intacte, à l'eau blanche.

Pendant la période d'état, au bout de trois semaines, on peut, avec avantage, sortir le membre malade, sans secousse, de la gouttière, l'entourer d'une forte couche d'ouate et pratiquer la compression élastique au moyen de bandes de Velpeau. La compression aura pour effet de faire disparaître plus rapidement l'œdème.

L'hamamelis virginica peut être employé sans inconvénient, mais aussi sans avantage bien démontré, tout au moins pendant la période aiguë.

On le prescrira sous forme d'extrait sec à la dose de 0,10 par jour.

La teinture se donnera à la dose de x gouttes, trois ou quatre fois par jour.

Dujardin-Beaumez prescrivait la potion suivante :

Sirop d'éc. d'oranges amères. } àâ 50 grammes.
 Extrait fluide d'hamamelis... }
 Teinture de vanille..... xx gouttes.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Dans la période terminale, la puissante action de la masso-thérapie a été mise en évidence par Ludwig et ses élèves, par van Mosengeil, par Anders Wirde, directeur de l'Institut orthopédique de Stockholm.

" Je recommande, comme ce dernier, dit M. Hirtz, le parti de la prudence pour le choix du moment où le massage devra être pratiqué.

Nous nous élevons contre l'opinion des médecins qui vantent le massage précoce. Nous connaissons plusieurs faits d'embolie à la suite d'intervention intempestive. La massage ne sera pratiqué que sur les zones situées en dehors de la zone phlébitique, en allant progressivement par pressions douces et continues. On le réservera aux seuls cas de phlébite où le membre atteint restera tuméfié où les tissus se maintiendront œdématisés et épaissis, et dans les cas de déformation en équin par pied bot phlébitique, et surtout aux troubles trophiques musculaires.

On ajoutera au massage les mouvements passifs, très recommandés par l'école suédoise. Après chaque séance, Jaeger conseille d'appliquer autour du membre une bande élastique légèrement serrée et d'en continuer l'usage pendant quelque temps après la guérison.

Je ne vous parlerai que pour mémoire des tentatives audacieuses du morcellement du caillot dès le début de la phlébite. C'est de la haute école que je ne vous engage pas à essayer.

Dans la période de convalescence. — C'est surtout au traitement hydrominéral que vous devrez vous adresser; c'est à ce moment qu'elle devient une méthode de choix. Les bains salés à domicile, chargés de 4 à 5 kilogrammes de gros sel gris, rendent de réels services et hâtent la résolution de certains œdèmes tenaces persistant pendant des semaines et des mois après la guérison apparente de la phlébite. Ils activent la nutrition des membres, réveillent la tonicité musculaire et diminuent, s'ils sont longtemps continués, les chances de récidives.

Leur durée sera de vingt à quarantes minutes, leur fréquence de trois à quatre par semaine. A la sortie du bain, il sera sévèrement interdit de marcher; on prescrira le décubitus horizontal pendant une demi-heure au moins.

J'en arrive à une question importante, celle du choix d'une station balnéaire.

Parmi les stations qui revendiquent à bon droit la spécialisation du traitement des phlébites, il n'est que juste de citer à la place d'honneur Bagnoles-de-l'Orne, dont l'action a été étudiée pour la première fois par Joubert et, plus tard, mise en évidence par plusieurs médecins distingués de cette station. Ce n'est pas à sa riche minéralisation qu'on peut attribuer les remarquables résultats qu'on enregistre tous les ans, puisque les eaux contiennent environ 0,06 de chlorure de sodium par litre,

alors que Nauheim, par exemple, en indique 9g520 par litre.

A côté de Bagnoles, qui ne doit pas revendiquer le monopole des phlébites, je signale ai les bons effets de Brides-les-Bains, plus spécialement dans les inflammations veineuses d'origine arthritique; de Flombières, de Bourbonne-les-Bains, et enfin les boues thermales de Dax dans certaines formes chroniques de phlébites variqueuses.

Les boues sulfureuses réveillent la vitalité, stimulent l'irrigation des tissus et activent la nutrition du membre."

M. Hirtz donne, en outre, un certain nombre d'utiles renseignements sur les formes spéciales de phlébite;

Dans la phlébite blennorrhagique, il emploie la pomade suivante :

Ichtyol.....	10 grammes.
Lanoline.....	} àâ 50 —
Vaseline.....	

La phlébite syphilitique à la période secondaire est heureusement influencée par le traitement mercuriel.

A la période tertiaire, l'iodure à dose massive est indiqué.

Dans la phlébite goutteuse, on aura recours aux pilules suivantes :

Poudre de sem. de colchique.....	1 gramme.
Sirop de guimauve.....	3 —
Extrait de digitale.....	0g40 centigr.
Pour 20 pilules; 1 par jour.	

Ou bien encore on prescrira, à la dose de deux à trois cuillerées à café, le matin à jeun, la liqueur de Laville.

Dans la phlébite rhumatismale, le salicylate échoue, donner l'antipyrine à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

(Rev. gén. de clin. et de ther. — Gaz. des hop.)

OBSTETRIQUE

Procédé facile et sur pour éviter la déchirure du périnée dans les accouchements au forceps.

par M. MENIER.

La déchirure du périnée est une complication fréquente de l'accouchement au forceps.

On s'efforce de le prévenir en faisant soutenir le périnée par un aide : médecin assistant, sage-femme généralement, ou, à leur défaut, une des personnes présentes.

Lors même qu'on a affaire à une personne expérimentée, la contention du périnée, telle qu'on la pratique ordinairement, est pour ainsi dire illusoire.

L'aide en effet est obligé de s'effacer pour laisser la

place à l'opérateur, et c'est le bras dans l'abduction extrême qu'il applique la main sur la partie soutenir.

Or, il est facile de concevoir que dans cette position le bras de levier étant très court (de la tête de l'humérus aux insertions des pectoraux et du deltoïde), la pression est presque nulle et la fatigue rapide, l'effort étant continu.

M. Menier, depuis plusieurs années, a recours à un procédé très simple et efficace, à ce point que, depuis qu'il l'emploie, il n'a pas eu une seule déchirure à déplorer.

Lorsque la tête a franchi le détroit inférieur, que le périnée bombe et que la fourchette commence à se détendre, il prend le forceps de la main droite seule, au niveau de son articulation, la cheville entre l'index et le médium. Cette main unique suffit en effet pour terminer l'extension de la tête, à laquelle seules s'opposent les parties molles. Le forceps agit comme un levier du premier genre ayant son point fixe sous l'arcade pubienne.

On applique alors la main gauche sur le périnée, de façon à bien sentir la tête du fœtus dans la paume de cette main ; l'index et le pouce circonscrivant l'angle inférieur de la vulve tout en le laissant à découvert, afin d'en surveiller la distension ; puis, c'est là en quoi consiste tout le secret, on appuie son coude sur la partie inférieure de la cuisse gauche.

La place varie un peu selon la hauteur du lit, suivant qu'on opère assis ou presque debout.

Le membre inférieur gauche est tenu dans la demi-flexion, et repose sur le sol par lesorteils seulement.

Dans cette attitude on obtient facilement un mouvement de cuisse d'arrière en avant et de bas en haut d'une grande puissance. L'avant-bras n'est plus qu'une tige rigide qui relie la main à la cuisse et l'effort transmis à celle-là est considérable.

Mais ce n'est pas là tout l'avantage de la méthode.

L'accoucheur faisant en même temps l'effort d'extraction et la contension, il y a synergie entre ses deux actes. Il dose l'un et l'autre à sa guise ; il sent sous sa main gauche le plancher céder progressivement, il le lâche pour ainsi dire, prêt à lâcher l'effort de la main droite si quelque craquement inquiétant se fait sentir.

Dans ces conditions il est facile et même nécessaire de donner à la vulve le temps de se dilater.

L'accoucheur peut se reposer quand il veut, sans crainte de fausse manœuvre. Il faut 10, 15 et quelquefois 20 minutes pour terminer ainsi un accouchement laborieux.

Lorsqu'on juge la vulve absolument inextensible, ainsi qu'il arrive assez fréquemment chez les primipares qui approchent de la trentaine, un coup de ciseaux à droite et à gauche de la fourchette vous tire d'embarras sans dommages pour la parturiente.

(*Indep. méd.*)

GYNÉCOLOGIE

Traitement rationnel de la blennorrhagie et des autres infections catarrhales purulentes génitales chez la femme.

par M. BERTRAND (Th. de Paris.)

M. Bertrand propose les moyens suivants pour donner des soins efficaces dans la blennorrhagie chez la femme :

1° Faire le diagnostic exact de toutes les localisations de la blennorrhagie et pour ce, faire un examen clinique minutieux appuyé d'un examen bactériologique systématique des sécrétions de l'urèthre et de l'utérus et de toutes les sécrétions, même muqueuses, qui peuvent être recueillies ;

2° Traiter chaque localisation séparément :

Le traitement consistera de préférence en lavages avec une solution de permanganate de potasse dont le titre pourra varier.

3° Contrôler la guérison d'une façon très rigoureuse ;

4° Faire des examens bactériologiques chaque jour à partir du quatrième jour des soins au plus tard ;

5° Noter la disparition des gonocoques ;

6° Noter la disparition du pus ;

7° Continuer les lavages un certain temps après la disparition du pus ;

8° Mettre ensuite la malade en observation deux jours ;

9° Essayer de faire rupulluler le gonocoque ;

10° Constater cliniquement et bactériologiquement, pendant les deux jours qui suivent, que cet essai a été négatif.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Les stigmates de la blennorrhagie chez la femme.

par M. PRUDHOMME (Th. de Paris.)

La blennorrhagie ne se traduit pas chez la femme par des signes objectifs, vraiment pathognomoniques, mais elle s'accompagne d'un cortège de manifestations extérieures qu'on peut rencontrer quelquefois dans d'autres affections, mais jamais avec une aussi grande fréquence que dans l'infection gonococcique : ces manifestations sont ce que M. Prudhomme appelle les stigmates de la blennorrhagie.

Les stigmates comprennent les lésions intertrigineuses de la face interne des cuisses, du pourtour de l'anus et des fossettes génito-crurale, lésions ayant des caractères très nets, presque spécifiques, selon qu'on se trouve en présence d'une blennorrhagie ancienne ou d'une blennorrhagie récente.

Ces lésions sont modifiées par un ensemble de com-

plications qui doivent rentrer parmi les stigmates et qui sont dues, les unes au terrain, les autres aux infections secondaires ou surajoutées (folliculites, érosions, syphilitides et ulcérations chancéreuses).

Deux autres manifestations semblent mériter une place à part dans ces stigmates et se rattacher à la blennorrhagie : ce sont l'œdème des petits lèvres et végétations.

Dans toutes ces lésions la présence du gonocoque a été relevée d'une façon presque constante.

(Ibid)

Thérapeutique et Matière Médicale

De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain réfractaire ou résistant hyperacide et arthritique.

par M. le Docteur SAMUEL BERNHEIM.

(Suite et fin)

Le médicament de choix, comme adjuvant de la cure hygiéno-diététique, est le phosphate de créosote. — Mais nous avons montré, d'autre part, les inconvénients de l'emploi de la créosote en nature. Nous avons établi que c'était un médicament dangereux souvent, et, en tout cas, incomplet pour le but que la thérapeutique doit désormais poursuivre : la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en sol arthritique, hyperacide.

Il est un polyéther de la créosote, parmi tous ceux dont nous avons fait l'étude, qui répond plus complètement que les autres à ce programme : c'est le phosphate de créosote. C'est lui, vraiment, qui de beaucoup nous a donné les meilleurs et les plus réguliers résultats.

“ Le phosphate de créosote, ou phosote, disions-nous en conclusion de notre étude sur la médication antituberculeuse par les dérivés de la créosote — est le type de la médication phospho créosotée, médication qui s'impose en raison de sa dualité ; il agit à la fois par son acide phosphorique pour relever l'acidité humorale, par son élément phosphore pour combattre la déphosphatation du sol tuberculeux et lui substituer un sol arthritique artificiel — par sa créosote enfin qui est un médicament acidifiant, et qui, mettant en jeu des puissances phagocytaires et développant peut-être des antitoxines, combat indirectement le bacille pathogène ”

Le phosphate de créosote — tel est l'agent médicamenteux qui nous semble devoir être employé concurremment avec la cure hygiéno-diététique, pour activer la transformation humorale dont nous avons montré la nécessité.

C'est, actuellement, le médicament de choix contre la tuberculose — et nous en pouvons apporter aujourd'hui des preuves nouvelles et tout à fait démonstratives après

l'essai que nous venons de poursuivre systématiquement depuis le commencement de l'année sur nos malades des dispensaires antituberculeux.

La majorité de nos malades se sont présentés dans un état très avancé de lésions, et ils étaient pour la plupart dans le pire milieu, et dans la moins favorable des situations sociales pour que l'on puisse espérer avec eux satisfaire aux exigences de la cure hygiéno-diététique.

Tous les malades, lors de leur première visite aux dispensaires, sont examinés à fond par le médecin de service, qui consigne par écrit l'histoire du malade et le résultat de son observation ; on le prie, à sa prochaine visite, qui a lieu à mi-semaine ou à huitaine, de nous apporter de ses urines et de ses crachats. L'urine est examinée au point de vue de sa teneur en acidité totale. Les crachats sont analysés au point de vue du bacille de Koch et des autres bactéries.

C'est ainsi tout d'abord, que nous avons pu faire cette constatation générale, exacte dans les 9/10 des cas, que les tuberculeux confirmés, c'est-à-dire reconnus bacillaires, étaient des hypoacides — mais que l'acidité urinaire était surtout déficitaire chez ceux qui étaient en état de mauvaise conservation générale, chez les affaiblis, les amaigris, les déprimés, les candidats à une cachexie prochaine, chez ceux qui sont surtout des “ phisiques.”

Il semble donc que la déchéance de l'organisme se traduise par une hypoacidité, et aussi une déphosphatation humorale considérable.

La plupart de ces malades recevaient comme traitement une injection hebdomadaire ou bi-hebdomadaire de 3 à 5 cc. de phosote. Nous leur donnions en outre dans la mesure de nos moyens quelques aliments.

Il va de soi que nous leur recommandions par surcroît une alimentation réparatrice, d'éviter les fatigues et l'excès de travail, de faire quelques promenades et de rechercher les quartiers aérés. Conseils hélas ! souvent perdus, puisque nos malades sont des indigents ou de petites bourses pour que le travail est la condition de l'existence et qui habitent dans Paris le quartier où ils ont leur besogne !

Malgré ces conditions générales défavorables, nous sommes vraiment surpris des résultats presque inespérés que nous ont données ces essais.

Des malades, porteurs de lésions étendues, quelques uns arrivés à la dernière période de la maladie, avec des excavations et un état général des plus mauvais, ont été améliorés en quelques semaines, un point de pouvoir reprendre un travail peu fatigant. Les phénomènes fonctionnels et généraux s'amendent d'abord : l'appétit se régularise ; la toux et l'expectoration diminuent ; l'amaigrissement s'arrête très tôt ; et la courbe des pesées, que nous faisons de façon régulière, devient ascendante. Les sueurs nocturnes disparaissent. Le sommeil revient... Bref, l'ensemble apparaît bientôt comme

des plus satisfaisants. Ne sont-ce que des apparences ?

Certes, chez les cachectiques, les phtisiques arrivés à la période hectique, l'amélioration n'est que de peu de durée. Chez les tuberculeux, au contraire, du premier ou deuxième degré, chez lesquels l'état général offre encore une certaine résistance, des constatations irréfutables nous autorisent à dire qu'il y a plus que de l'apparence.

Chez ces derniers, les symptômes locaux s'amendent peu à peu. On assiste, par l'auscultation, à l'arrêt et au travail de réparation des lésions. Celles-ci s'orientent vers la transformation fibreuse. C'est le processus curateur naturel que nous avons sollicité.

En effet — et c'est le fait important de ces constatations — parallèlement à cette amélioration générale et locale, nous avons toujours observé une diminution des bacilles dans les crachats et un relèvement quelquefois considérable de l'acidité urinaire. Celle-ci, très inférieure d'abord, se relève brusquement, au point de dépasser la normale physiologique. Puis elle diminue un peu et se maintient, en général, légèrement au-dessus de la normale.

Il nous est impossible de ne pas voir un rapport de cause à effet entre cette amélioration générale, fonctionnelle et locale et rapide, entre le relèvement de l'acidité urinaire et la médication phospho-créosotée instituée par nous au milieu d'un ensemble de conditions défavorables. C'est donc bien à cette médication surtout qu'il nous est permis de rapporter les heureux résultats que nous avons observés.

M. Fernand Cautru, que nous avons déjà cité, pense également qu'il faut surtout, chez le tuberculeux, chercher le relèvement du taux de l'acidité urinaire. Pour atteindre ce but, il administre à ses malades 10 à 100 gouttes d'acide phosphorique officinal par jour prises par fractions dans l'intervalle et au moment des repas dans de l'eau ou dans toute autre boisson. Quand le médicament est mal toléré, M. Cautru le remplace par le phosphate acide de chaux à la dose de 3 à 10 grammes par 24 heures. Il combat l'hypophosphature par le phosphate de soude pris matin et soir à la dose de 2 à 5 grammes ou par injections sous-cutanées.

Comme moi-même, M. Cautru a observé que l'acide phosphorique exerçait une action des plus profondes sur l'organisme, dont l'acidité urinaire était relevée. Chez les malades insensibles au traitement, le pronostic est toujours grave.

Quoi qu'il en soit, l'expérience que nous poursuivons nous autorise d'ores et déjà, à poser les conclusions suivantes :

* * *

Conclusions. — 1° Le traitement de la tuberculose, en l'état actuel de la thérapeutique, doit tendre surtout à mettre le terrain en état de résistance et de combat.

2° La transformation qu'il importe d'imprimer au

terrain tuberculeux est celle qui le rapprochera d'un terrain *naturellement* réfractaire ou résistant ; nous avons l'exemple d'un tel terrain chez les arthritiques.

3° Le terrain tuberculeux est en état d'hypoacidité et de déminéralisation.

4° Le terrain arthritique est juste le contraire.

5° Par conséquent, pour faire du tuberculeux un arthritique, il faut :

l'hyperacidifier,

le minéraliser,

le phosphatiser ;

tel doit être "l'engrais" du sol tuberculeux pour le transformer en sol arthritique.

6° Les moyens qui nous permettront d'opérer cette transformation sont à la fois empruntés à l'hygiène et à la médication.

L'hygiène sera celle de la triple cure d'air, de repos et d'alimentation.

La médication sera la médication phospho-créosotée, telle que nous en avons établi la technique et réglé l'emploi.

7° Et nous considérerons volontiers le phosphate de créosote comme au moins aussi efficace que la triple cure brehmérienne ; puisque chez des malades pour qui le traitement hygiéno-diététique était d'application impossible, la médication phospho-créosotée nous a donné l'équivalent de la cure des sanatoria.

8° Le jour nous paraît donc venu où le traitement des tuberculeux pauvres ne va pas être un vain mot. A côté du traitement des sanatoria, il y aura, grâce aux dispensaires, le traitement des tuberculeux pauvres.

Par la charité, par l'union de concours dévoués et généreux, une telle œuvre philanthropique peut arriver à réaliser presque "l'équivalent thérapeutique" des sanatoria.

Les uns et les autres auront leurs malades propres. Mais ici et là ils seront aussi bien soignés et aussi bien guéris.

(Indép. méd.)

L'orexine

par LAUMONIER.

L'énumération que l'on vient de lire est des plus encourageantes. Cependant si on fait une critique sévère des observations, déjà nombreuses, publiées par les auteurs, on voit que, en définitive, les succès les moins contestables sont obtenus :

1° Dans les affections de l'estomac, dyspepsie, atonie, gastrites catarrhales, et toutes les fois qu'il y a troubles fonctionnels sans lésions profondes de l'organe. Dès les premières doses, et, par suite de l'action de l'orexine sur la sécrétion glandulaire et la motilité de l'estomac, on voit disparaître la sensation de pesanteur, les renvois, la fétidité de l'haleine et on constate le retour franc de l'appétit ;

2° Dans l'anémie et surtout dans la chlorose, car l'orexine agit, ainsi qu'il a été dit, non seulement comme stomachique et apéritif, mais aussi comme laxatif.

3° Dans la tuberculose au début, où les effets de l'administration de ce médicament sont quelquefois des plus remarquables, car l'augmentation de l'appétit entraîne souvent une augmentation de poids du corps notable et assez persistante. Toutefois l'orexine, comme les cacodylates et les dérivés du vanadium, ne donne que des résultats très médiocres ou reste même complètement impuissante dans les formes graves de la tuberculose ainsi que dans les états cachectiques avancés.

3° Enfin dans l'anorexie des convalescences, spécialement chez les enfants, et dans l'inappétence des états nerveux. Cependant le résultat semble ici inconstant, et quand il se produit, bien qu'alors assez durable, ce n'est que par un traitement toujours assez prolongé.

Ajoutons que l'orexine est contre-indiquée dans l'hyperchlorhydrie, l'ulcère de l'estomac, les états hémorragiques et les opérations abdominales récentes (Bolognesi).

L'administration de l'orexine est facile, car ce produit est inodore et à peu près insipide ; comme les quelques phénomènes d'intolérance auxquels il donne lieu — sensation de chaleur et de brûlure sur les muqueuses bucco-pharyngienne et stomacale, vomissements, vertiges, etc. — semblent se produire surtout avec l'orexine chlorhydrique, Penzoldt a renoncé à l'emploi de ce produit et se sert aujourd'hui de préférence d'orexine basique, et son exemple a été suivi. Toutefois, pour les enfants, en raison de la susceptibilité plus grande, il faut employer le tannate d'orexine, qui n'a jamais déterminé aucun phénomène d'intolérance.

Sous l'une ou l'autre forme d'ailleurs, ce médicament doit être pris au début, comme il a été dit précédemment, à doses très faibles, 10 centigrammes par exemple deux heures avant chacun des deux principaux repas. Si cette dose est bien supportée (et dans les affections du cœur et des reins il est souvent bon de s'en tenir là, surtout quand l'appétit tend à reprendre), on peut alors progressivement atteindre la dose normale de 30 à 50 centigrammes, deux fois par jour. Penzoldt et Krünkler recommandent d'avalier, immédiatement après cette dose, 200 à 250 grammes d'un liquide quelconque, de l'eau notamment, mais rien autre, jusqu'au repas. Chez les enfants, la dose du début doit être proportionnée à l'âge, pour contrôler la tolérance, mais on peut ensuite aller sans inconvénient jusqu'à 20 et 30 centigrammes.

On use généralement de cachets, mais on peut parfaitement ingérer directement la poudre d'orexine dans une gorgée d'eau. Il est quelquefois utile de prescrire les capsules ou les pilules à 0 gr. 10 d'orexine chaque. Pour les enfants, on recommande les pastilles ou les tablettes chocolatées à 0 gr. 25 de tannate d'orexine, qui sont toujours acceptées très volontiers par eux.

(Nouveaux remèdes — Ind. méd.)

MALADIES VENERIENNES

Des lymphangites de la verge consécutives aux affections vénériennes.

M. Nobl (Soc. imp.-roy. de méd. de Vienne) a communiqué le résultat de ses recherches sur les lymphangites de la verge, que l'on voit assez souvent survenir au cours de la blennorrhagie ou aux premières périodes de la syphilis. Dans la première de ces affections, cette lymphangite affecte habituellement la forme exsudative ; dans la seconde, elle est plutôt scléreuse ; elle reste toujours localisée aux vaisseaux superficiels de la face dorsale de la verge en respectant le réseau profond. Dans un certain nombre de cas de lymphangite blennorrhagique, l'orateur a pu constater la présence de gonocoques dans les canaux lymphatiques ; il a également rencontré le bacille de Ducrey dans des lymphangites survenues à la suite d'un chancre mou. Quant à la lymphangite syphilitique, elle est caractérisée par une infiltration des tuniques interne et externe des lymphatiques, sans que jamais les vaisseaux sanguins prennent une part quelconque à ce processus.

(Indep. méd.)

Traitement de la syphilis par les injections de sérosité prélevée, sur d'anciens syphilitiques, au moyen du vésicatoire.

Le *Bulletin médical* rapporte les intéressants résultats obtenus par M. E. Morre qui a soumis, avec succès, nombre de malades atteints de manifestations récentes, parfois graves, de la syphilis, à une forme particulière de sérothérapie qui consiste à pratiquer, à des intervalles variables suivant les cas, des injections intra-musculaires de 10 centimètres cubes de sérosité (pure ou mélangée avec la glycérine, par parties égales) obtenue au moyen du vésicatoire chez des anciens syphilitiques ou chez des sujets se trouvant à la période dite tertiaire de la vérole. Les effets de ce traitement ne tarderaient pas à se manifester, d'abord par la cicatrisation de la sclérose primitive, ensuite par l'involution des accidents cutanés et des tuméfactions ganglionnaires, et, enfin, par l'amélioration de l'état général. Les applications locales de la sérosité en question suffiraient, à elles seules, pour amener la guérison rapide du chancre syphilitique, et elles pourraient servir aussi au diagnostic différentiel de cette lésion d'avec la chancroïde, sur laquelle elles n'exercent aucune action curative.

Les injections sérothérapiques dont il s'agit furent généralement bien supportées, mais parfois, probablement par suite d'une asepsie défectueuse, elles ont déterminé des abcès. Chose curieuse, la disparition des manifestations syphilitiques fut particulièrement rapide dans les cas où des abcès se formaient.

L'auteur estime qu'on pourrait, sans inconvénients,

injecter, tous les trois ou quatre jours, jusqu'à 45 centimètres cubes de sérum antisyphilitique prélevé au moyen du vésicatoire, et obtenir, de la sorte, des effets curatifs encore plus rapides que ceux observés jusqu'ici avec les injections de 10 centimètres cubes du même remède.

(*Dermatol. Zeitschr. — Vratsh — Gaz. des hôp.*)

Les injections du cacodylate iodo-hydrargyrique dans la syphilis.

MM. Brocq, Civatte et Fraisse viennent de préconiser pour le traitement de la syphilis sous le nom de *cacodylate iodo-hydrargyrique* une préparation dans laquelle se trouvent associés par suite d'une réaction chimique spéciale, l'arsenic, l'iode et le mercure à l'état du cacodylate de soude, d'iodure de sodium, et de bi-iodure d'hydrargyre.

Préparation. — On dissout 1 gramme de cacodylate d'hydrargyre et 2 grammes d'acide cacodylique dans 75 grammes d'eau distillée, on ajoute 1 gramme d'iodure de sodium, pris de la soude caustique pour neutraliser et on complète avec de l'eau distillée pour obtenir 100 centimètres cubes de liqueur.

1 centimètre de cette liqueur contient :

4 milligr. 07 de bi-iodure d'hydrargyre ;

4 milligr. 07 d'iodure de sodium ;

3 centigrammes environ de cacodylate de soude.

Propriétés physiques et chimiques. — On a ainsi un mélange soluble dans l'eau, parfaitement stable, stérilisable à 120°, miscible, sans aucune espèce de précipité, au sérum sanguin. Cette solution peut donc se conserver indéfiniment et l'on n'a pas avec elle à redouter d'embolies.

Mode d'emploi. — Les auteurs préfèrent la voie hypodermique pour l'administration de ce médicament.

Posologie. — On peut commencer par la dose d'un centimètre cube par jour et élever cette dose progressivement jusqu'à deux centimètres cubes.

Manuel opératoire. — On pratique les injections à la partie supérieure et interne des fesses. L'aiguille est enfoncée perpendiculairement. Il est préférable de choisir des aiguilles de 4 centimètres de longueur.

Malades traités. — Les auteurs ont choisi d'abord des cas qui paraissaient graves, rebelles ou qui avaient déjà résisté à des médications énergiques ; puis, encouragés par ces premiers succès, ils ont entrepris une seconde série d'observations sur des syphilis banales. Le traitement est resté inefficace dans 7 cas sur 41. En somme, l'action du traitement a semblé être très lente dans les cas de syphilides papulo-croûteuses groupées qui sont aussi, malheureusement, les plus rebelles aux méthodes usuelles.

Accidents et contre-indications. — Sur plus de 1.200 injections de cacodylate iodo-hydrargyrique, on n'a pas encore de véritables accidents. Car on ne peut compter comme tels, ni les douleurs un peu vives et quelquefois

un peu prolongées qu'ont accusées certains malades, ni la présence de nodosités qui peuvent persister plus ou moins longtemps, mais qui disparaissent presque toujours dès le lendemain. Dans la majorité des cas, les sensations douloureuses disparaissent au bout d'une heure ou deux ; en tout cas, elles sont moins vives que celles qui sont occasionnées par les injections de cyanure de mercure ou d'huile bi-iodurée. Comme autres accidents notables on a relevé : 1° un cas de pigmentation arsenicale ; 2° un cas de diarrhée passagère ; 3° un cas de stomatite passagère ; 3° un cas de poussée congestive avec hémoptysie chez un bacillaire.

On peut donc, dès maintenant, en attendant une plus longue expérience, formuler les contre-indications suivantes à l'emploi de ces injections :

1. — La prédisposition particulière de la peau aux pigmentations ;

2. — La tendance aux hémoptysies ou autres poussées congestives chez les tuberculeux.

3. — L'intolérance gastro-intestinale, dont un cas a été observé.

Avantages et indications. — Outre les avantages que nous avons énumérés plus haut, la préparation du cacodylate iodo-hydrargyrique offre les suivants ainsi formulés par MM. Brocq, Civatte et Fraisse :

Elle est peu douloureuse, puisqu'elle permet aux malades de vaquer à leurs occupations.

Elle semble posséder une action dynamogénique capable de tonifier les malades, de combattre l'amaigrissement et la tendance à la neurasthénie ; souvent même elle provoque une augmentation notable de poids.

Elle semble être efficace dans la plupart des syphilis secondaires et tertiaires ; elle a même paru plus efficace que les méthodes usuelles dans certains cas rebelles.

Le cacodylate hydrargyrique semble donc indiqué : lorsqu'il y a dénutrition marquée, amaigrissement, neurasthénie ; dans les manifestations secondaires rebelles des muqueuses et de la peau, lorsqu'il y a complication de séborrhéides précipitales ou psoriasiformes, et dans les accidents tertiaires, lorsqu'on veut agir avec énergie en respectant le tube digestif.

Critique de cette méthode. — Le seul point qui nous paraisse vraiment nouveau et intéressant dans la communication de MM. Brocq, Civatte et Fraisse, c'est l'association des arsenicaux au mercure dans le traitement des cas de syphilis rebelles aux méthodes usuelles. Quant aux autres avantages de cette nouvelle préparation, qui n'est d'ailleurs qu'un simple mélange, on les trouve également dans certains composés mercuriels qui ont été préconisés dans ces dernières années. Il serait intéressant de rechercher si l'association du cacodylate de soude à ces composés mercuriels ne donnerait pas des résultats tout aussi avantageux que la préparation désignée sous le nom de cacodylate iodo-hydrargyrique.

(*Ann. thérap. dermat. et syph.*)

PEDIATRIE

Du rein flottant chez l'enfant

— Abt (*Jr. of A. M. A.*) rapporte cinq cas de rein flottant chez l'enfant.

Cette affection est rarement mentionnée en pédiatrie.

Comby en a rapporté dix huit cas chez des enfants de un mois à dix ans ; seize de ces cas se sont présentés chez les filles.

Les observations de Comby semblent montrer que le port du corset n'est pas si important dans la pathogénie de cette affection chez la femme. Cette cause avait été avancée pour expliquer la fréquence avec laquelle le rein se disloque chez la femme, tandis qu'il se disloque si peu souvent chez l'homme.

L'auteur est forcé d'accepter l'origine congénitale du rein flottant chez les jeunes enfants et il est probable que, même chez les enfants plus âgés, il y a une disposition congénitale.

Les causes qui peuvent provoquer la ptose rénale sont le traumatisme aigu ou chronique, celui-ci pouvant être en relation avec les causes qui agissent constamment ou qui se présentent souvent, délogeant ainsi accidentellement le rein de sa position.

Dans deux cas qu'il observa il y avait de l'emphysème pulmonaire associé à de la bronchite chronique.

Chez l'enfant comme chez l'adulte les symptômes sont souvent latents.

La douleur est quelquefois sentie même quand le déplacement n'est pas considérable.

Dans quelques cas la douleur est à son paroxysme, et elle est alors causée probablement par une torsion du pédicule rénal.

La douleur peut être accompagnée de coliques, frissons, fièvre, vomissements et transpiration. La sécrétion urinaire peut être diminuée, une hydronéphrose temporaire ou permanente peut résulter de la torsion de l'uretère. Le rein est ordinairement sensible quoique pas douloureux à la pression. Dans les cinq cas rapportés par Abt il y avait trois filles et deux garçons.

(*Pediatrics.*)

RHEAUME.

Traitement de la scarlatine grave.

Dans la scarlatine hyperthermique, on peut employer soit les antithermiques, soit l'hydrothérapie. Pour M. Aviragnet l'hydrothérapie est, dans ces cas supérieure aux antithermiques, et c'est le bain froid qui doit être employé. On le donnera à la température de 18 à 20° chez l'adulte. Le bain à 25° sera suffisant chez l'enfant, et même, si la réfrigération doit être continuée longtemps, il devra être remplacé par des enveloppements froids que les enfants supportent mieux.

Le bain froid a son indication encore dans les formes ataxiques ; cependant, si l'excitation du malade ne coïncide pas avec une élévation de la température, les bains chauds la feront disparaître plus aisément parfois. Si elle persiste, on se trouvera bien de l'administration de quelques grammes d'hydrate de chloral.

Contre l'adynamie, M. Aviragnet conseille les injections de sérum artificiel, d'huile camphrée, d'éther, utiles également dans les formes algides.

Les injections de caféine (0,20 à 0,50 centigr.), de spartéine (0,05 centigr.), de strychnine (1 milligr.) donnent les meilleurs résultats dans les formes cardio-vasculaires, où l'on note des irrégularités des battements du cœur et du rythme respiratoire, et des tendances à la syncope.

Dans les formes hémorragiques, il faut mettre en œuvre les moyens précédemment indiqués. On prescrira en outre, l'ergotine, le perchlorure de fer, le ratanhia, l'hamamélis. M. Comby conseille l'acide gallique :

Acide gallique.....	1 gramme.
Sirop de fleur d'oranger.....	30 —
Eau distillée.....	80 —

par cuillerées à café d'heure en heure.

M. H. Roger s'est très bien trouvé de l'usage du chlorure de calcium dans les varioles hémorragiques ; la médication pourrait avoir son utilité également dans les scarlatines hémorragiques. M. Roger le prescrit à la dose de 4 à 6 grammes chez l'adulte :

Chlorure de calcium cristallisé...	4 à 6 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	40 —
Eau-de-vi vieille ou rhum.....	30 —
Teinture de cannelle.....	5 —
Eau distillée.....	50 —

Les solutions de gélatine ont leur indications contre les épistaxies et les hémorragies utérines. Quant aux hémorragies intestinales, on les combattra au moyen de grands lavages d'eau salée bouillie, contenant soit du tannin, soit de l'extrait de ratanhia.

(*Presse méd. — Gaz. méd. belge*)

La quinine chez l'enfant.

On prescrit bien souvent la quinine chez l'enfant, mais sans se préoccuper des difficultés qu'on a souvent à vaincre. M. le Dr Lemanski étudie ces conditions dans un article du *Bulletin de l'hôpital du Tunis* analysé par la *Province médicale*.

Jules Simon conseille l'emploi de petites pilules de 1 centigramme qu'on dissimule dans de petit amas de confitures de groseilles. Fonsagrives recommandait l'emploi du café. "Le café, dit-il, permet d'administrer directement la poudre de sulfate de quinine et il est bien rare que je voie des enfants repousser ce mélange." Le

café a malheureusement l'inconvénient de précipiter du tannate de quinine insoluble : ce qui force à doubler la dose du sel de quinine. Petzold conseillait de donner la quinine dans du miel, après l'avoir fait dissoudre dans un peu d'eau acidulée.

Sulfate de quinine.....	0 gr. 75
Eau acidulée.....	5 gr. "
Miel blanc.....	40 gr. "

Une cuillerée à café de ce mélange toutes les deux ou trois heures.

Les enfants ne répugnent pas trop à cette préparation.

Crépu y a trouvé que le jus de réglisse masquait assez bien l'amertume de la quinine. D'après ce principe, on peut également employer l'extrait de réglisse et prescrire :

Eau distillée.....	40 gr. "
Extrait de réglisse.....	3 gr. "
Bichlorhydrate de quinine.....	0 gr. 30

L'enfant, généralement, ne fait pas trop de difficultés pour avaler le tout en une fois. Le *Klin therap. Woch.* donnait récemment la formule suivante, qui permettait d'obtenir un mode d'administration agréable.

Sulfate de quinine.....	4 gr.
Acide citrique.....	} 10 gr.
Sirop simple.....	
Sirop d'écorces d'orange amères..	
Eau distillée.....	20 cent. cub.

On donne 10 gouttes de cette mixture dans 50 grammes d'eau qu'on additionne ensuite de 3 grammes de bicarbonate de soude, et l'on absorbe ce mélange pendant l'effervescence du liquide.

La saccharine passe également pour masquer complètement le goût amer de la quinine ; on pourra l'employer avec avantage.

M. Lemanski dit n'avoir que très rarement tenté ces divers procédés : systématiquement il emploie la voie rectale, et se sert presque toujours des suppositoires. Les enfants même nouveau-nés les supportent très bien et l'absorption est aussi sûre que rapide.

Le suppositoire, mieux toléré que le lavement, ne détermine pas de cuisson, moins d'envie de défécation, et son application dans le rectum est à la portée de tout le monde. Il formule généralement de la façon suivante :

Sel de quinine... 0 gr. 10 à 0 gr. 50 (suivant l'âge).
Beurre de cacao 1 à 3 gr.
Cire vierge..... Q. s

En certaines circonstances, on peut remplacer le beurre de cacao par de la glycérine solidifiée (par adjonction de gélatine) ou par le miel cuit, confectionné suivant la méthode de Laborde. On administre à l'enfant deux suppositoires par jour, sans se préoccuper des

exacerbations thermométriques ; l'essentiel étant, pour combattre le paludisme, de saturer l'économie du médicament pendant un temps assez long. A partir de quatre ou cinq ans, on peut recourir à la voie stomacale : les enfants, dès cet âge, commencent à avaler commodément les pilules ou les cachets de petite dimension.

Pour ces malades, Jules Simon préconise plutôt une potion formulée de la façon suivante :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 30 à 0 gr. 40
Eau.....	100 gr. "
Acide sulfurique.....	I goutte. "
Sirop tartrique.....	Q. s. "
Sirop de codéine.....	5 à 10 gr. "

A faire prendre à l'enfant dans la journée.

Baginski prescrit simplement :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 40
Eau distillée.....	100 gr. "
Sirop de framboises.....	25 gr. "

Mais ces différents correctifs sont impuissants à masquer le mauvais goût de la quinine, et toutes les fois qu'on ne peut se servir des cachets ou des pilules, il faut choisir la voie rectale et employer les suppositoires.

L'euquinine, succédané de la quinine, ne possédant aucune amertume, récemment introduite dans la pratique, peut rendre les plus grands services. Elle a sur les autres sels de quinine l'avantage d'être complètement insipide, ce qui rend son administration précieuse chez les enfants ; elle aurait aussi le mérite de ne produire ni troubles dyspeptiques, ni tintements d'oreilles. Aux enfants, on pourrait l'administrer dans du lait, du café, du bouillon, du chocolat, du potage.

En général, elle ne détermine, d'après Biandi, ni troubles gastriques ou intestinaux, ni bourdonnements d'oreilles, ni surdité, Elle n'a aucune action toxique sur le sang et elle pénètre dans l'organisme dès qu'elle est introduite dans l'estomac ; en effet, elle s'élimine aussitôt par les reins ; cette élimination n'est complète que 48 heures après l'absorption. Dans les cas graves (accès pernicieux, accès algides, choléra infantile paludéen), on devrait avoir recours aux injections sous-cutanées, aussi bien supportées par l'enfant que par l'adulte.

Baginski, dans cette occurrence, recommande le tannate de quinine, ou, mieux encore, le carbonate de quinine. On se trouve aussi très bien du bichlorure de quinine.

Gaglio préconise un mélange de 1 gramme de chlorhydrate ou de bromhydrate de quinine avec 0 gr. 50 d'uréthane ; en dissolvant le mélange à chaud dans 1 centimètre cube d'eau, on obtient 2 centimètres cubes d'une solution stable qui se conserve même à froid et qui, étant de réaction neutre et nullement irritante, convient parfaitement pour les injections sous cutanées ou intra-veineuses de quinine.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Revue des journaux

MEDECINE

La lutte contre la tuberculose envisagée à la lumière de l'expérience acquise dans le combat contre les autres maladies infectieuses

(Suite.)

Le résultat était tout à fait différent quand la même expérience était faite sur les veaux non tuberculeux, avec des bacilles tuberculeux provenant d'un animal atteint de tuberculose bovine. Après une période d'incubation d'une semaine environ, les plus graves lésions tuberculeuses se produisaient dans les organes de tous les animaux injectés. Il en était de même, que le bacille ait été injecté sous la peau, dans la cavité péritonéale ou dans le système vasculaire. Une fièvre élevée se déclarait. Quelques-uns mouraient de un mois et demi à deux mois après, les autres étaient tués dans un état misérable au bout de trois mois. A l'autopsie, on trouvait une infiltration tuberculeuse très étendue au point où avait été faite l'injection et dans les organes intéressés tels que le poumon, la rate.

En résumé, le bétail se montrait aussi sensible au bacille de la tuberculose humaine. J'ajoute que les préparations d'organes provenant d'animaux infectés expérimentalement par la tuberculose bovine sont exposés au Muséum de pathologie et de bactériologie.

On peut distinguer d'une manière aussi nette la tuberculose humaine en faisant des expériences d'alimentation sur le porc. Six jeunes porcs furent nourris tous les jours pendant trois mois avec des crachats de phtisiques. Six autres porcs reçurent le bacille de la tuberculose bovine quotidiennement pendant la même durée. Les animaux nourris avec des crachats restèrent en bonne santé et eurent une croissance normale, tandis que ceux nourris avec le bacille de la tuberculose bovine devinrent malades et furent arrêtés dans leur croissance : la moitié du lot succomba. Après trois mois et demi, les survivants furent tués. Sur les animaux nourris avec des crachats, on ne trouve pas trace de tuberculose, si ce n'est çà et là quelques nodules dans les ganglions du cou, et, dans un cas, quelques granulations dans le poumon. Les animaux qui avaient reçu de la tuberculose bovine, au contraire, présentaient sans exception, comme dans l'expérience sur les veaux, de graves lésions tuberculeuses, notamment l'infiltration tuberculeuse des ganglions et du mésentère, considérablement tuméfiés, et une propagation de la tuberculose aux poumons et à la rate.

La différence entre la tuberculose bovine et l'humaine n'apparut pas moins nettement dans une expérience analogue poursuivie sur des ânes, des moutons et

des chèvres, dans le système vasculaire desquels on injecta les deux espèces de bacilles.

Nos expériences, dois-je ajouter, ne sont pas les seules qui aient amené à ce résultat. Si l'on étudie la bibliographie sur ce sujet, et si l'on réunit des expériences faites autrefois par Chauveau, Günther et Harmr, Bollinger, etc., qui ont alimenté des veaux, des porcs et des chèvres avec des organes tuberculeux, on trouve que les animaux qui furent nourris avec du lait et des poumons de bétail tuberculeux furent toujours atteints de tuberculose, tandis qu'il n'en fut pas de même pour ceux qui reçurent des organes humains. Des recherches comparatives sur la tuberculose bovine et sur l'humaine ont été faites récemment dans l'Amérique du Nord par Smith, Dinwiddie et Frothingham, et leurs résultats concordent avec les nôtres. La netteté et la précision de nos conclusions tiennent au choix que nous avons fait des méthodes excluant toute cause d'erreur et au soin que nous avons pris de la conservation et de la nourriture de nos animaux afin d'éviter de troubler nos résultats.

Considérant tous ces faits, je suis autorisé à soutenir que la tuberculose humaine diffère de la tuberculose bovine et ne peut être transmis au bétail. Il me semble désirable que nos expériences soient répétées par d'autres afin d'écarter toute doute sur la vérité de nos assertions.

Je désire aussi ajouter qu'en raison de la grande importance de sujet, le gouvernement allemand a désigné une commission pour poursuivre ces recherches.

Quelle est la réceptivité de l'homme à la tuberculose bovine ? Cette question est beaucoup plus importante pour nous que celle de la réceptivité du bœuf à la tuberculose humaine. Il est impossible de donner une réponse directe parce qu'on ne peut expérimenter sur l'homme. Indirectement on peut approcher de la solution. On sait que le lait et le beurre consommés dans les grandes villes contiennent une grande quantité de bacilles tuberculeux encore vivants, comme le prouve l'expérimentation avec ces produits sur l'animal. La plupart des habitants des villes consomment ainsi, chaque jour, des bacilles de la tuberculose bovine, vivants et virulents. Ils réalisent ainsi l'expérience que nous ne pouvons entreprendre. Si le bacille de la tuberculose bovine pouvait infecter l'organisme humain, les cas de tuberculose causés par l'ingestion d'aliments contenant le bacille se rencontreraient chez les habitants des grandes villes et en particulier chez les enfants. De nombreux médecins pensent qu'il en est ainsi.

Telle n'est pas en réalité la vérité. On ne peut affirmer l'origine alimentaire de la tuberculose que dans les cas où l'intestin a subi la première atteinte, c'est-à-dire lorsque l'on trouve une tuberculose intestinale primitive. Mais ces cas sont très rares. Parmi de nombreux cas de tuberculose, je n'ai trouvé moi-même que deux cas de tuberculose intestinale primitive.

Parmi les nombreuses autopsies de l'hôpital de la Charité à Berlin, on ne constate que 10 cas de tubercu-

lose intestinale primitive en 5 ans. Parmi 933 cas de tuberculose infantile à l'hôpital des enfants de l'empereur et de l'impératrice Frederick, Baginski n'a jamais rencontré de tuberculose intestinale sans lésion simultanée du poumon et des ganglions bronchiques ; sur 3,104 autopsies d'enfants tuberculeux, Biedert n'observe que 16 cas de tuberculose primitive de l'intestin. Je pourrais tirer de la littérature médicale nombre de statistiques du même genre montrant que la tuberculose primitive de l'intestin, surtout parmi les enfants, est une maladie relativement rare ; il n'est pas certain que dans les quelques cas que j'ai cités elle soit due à la tuberculose bovine. Il est aussi probable que la tuberculose humaine pénétrait dans le tube digestif par une voie quelconque, par exemple par la salive avalée.

Jusqu'à présent, personne n'a pu affirmer avec certitude que dans ces cas la tuberculose intestinale était d'origine bovine ou humaine. Maintenant le diagnostic peut être fait. Il est seulement nécessaire de faire une culture pure du bacille trouvé dans les organes tuberculeux et de s'assurer qu'il s'agit de tuberculose bovine par l'inoculation au bétail. A ce sujet, je recommande l'inoculation sous-cutanée qui donne des résultats caractéristiques. Depuis 6 mois que je m'occupe de ces recherches, mais, en raison de la rareté de la maladie en question, le nombre de cas que j'ai pu examiner est peu considérable. Ce que j'ai retiré de ces recherches jusqu'à présent n'est pas en faveur de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme.

Quoique cette importante question de savoir si l'homme est susceptible de contracter la tuberculose bovine ne soit pas encore entièrement résolue, on est néanmoins autorisé à dire que si cette réceptivité existe, la réalisation de l'infection se produit très rarement. J'estime que la propagation de la tuberculose par le lait ou la chair des animaux est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire ; par conséquent je ne crois pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle.

Ainsi, la seule source importante de l'infection tuberculeuse est le crachat de phthisique, et les mesures prises pour combattre la tuberculose doivent être dirigées dans le but d'empêcher sa diffusion. Que faut-il donc faire ? Plusieurs moyens peuvent se trouver. La première pensée peut être d'isoler dans des établissements spacieux tous les tuberculeux dont les crachats contiennent des bacilles. Mais le moyen est non seulement absolument impraticable, il est encore inutile ; un tuberculeux qui rejette par la toux des bacilles n'est pas nécessairement une source de tuberculose de ce fait tant qu'il prend soin de recueillir ses crachats et de les désinfecter.

(à suivre)

Etude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse

par M. J. PELTIER (Th. de Paris).

D'une thèse fort travaillée et s'appuyant sur de nombreuses observations, l'auteur tire les conclusions suivantes :

" La péricardite tuberculeuse est souvent latente ; mais, tandis que Rousseau la trouvait telle 54 fois sur 100, nous pouvons aujourd'hui conclure que cette latence ne se rencontre plus que 45 fois sur 100.

Trois formes cliniques sont particulièrement caractéristiques, ce sont : la péricardite avec épanchement hémorragique, la forme étudiée par MM. Hayem et Tissier et la symphyse cardio-tuberculeuse de l'enfant décrite par M. Hutinel.

C'est dans la péricardite hémorragique que l'épanchement est le plus considérable ; sa quantité dépasse, en général, 1 litre et demi.

La position genu-pectorale est un signe précieux des grands épanchements ; elle peut s'observer dans la péricardite tuberculeuse hémorragique, et sa persistance rend la recherche des signes cliniques difficile.

Est également un signe d'épanchement la tympanite postérieure du poumon gauche, par suite du développement de la cavité péricardique en arrière et du refoulement du tissu pulmonaire (signe donné par M. Rendu).

Chez le même malade, l'affection peut présenter différentes formes cliniques de la maladie ; mais c'est vers la symphyse que tendent les deux autres formes.

La symphyse est rarement diagnostiquée chez l'adulte, plus souvent chez l'enfant où elle aboutit, en règle générale, à une asystolie hépatique.

La plupart des signes physiques de la symphyse rhumatismale manque dans la symphyse tuberculeuse ; au contraire, dans les péricardites sèches ou avec épanchement, ces signes sont sensiblement les mêmes que dans les péricardites rhumatismales.

Une affection du péricarde une fois reconnue, c'est l'ensemble des signes fonctionnels et généraux, ainsi que l'évolution — beaucoup plus rarement aiguë que chronique — qui permettront d'affirmer la nature tuberculeuse de la péricardite."

(Gaz. des hôp.)

Recherche pratique de l'albuminè dans l'urine.

M. le Dr Trétrop (d'Anvers) recommande dans la *Clinique* de Bruxelles le procédé suivant, pour déceler la présence de l'albumine dans l'urine :

1° Chauffer 4 ou 5 cc. d'urine dans un tube à essai à une température voisine de l'ébullition ;

2° Retirer le tube de la flamme et y laisser tomber quelques gouttes de formaline pure (solution à 40 °/°).

Au bout de quelques secondes, si l'urine renferme de

l'albumine, il se produit des amas floconneux de l'aspect du blanc d'œuf coagulé. Ces amas se rassemblent à la surface de l'urine et contre les parois du tube où ils forment un véritable feutrage. Les amas sont cohérents, et lorsque le tube n'a pas été agité pendant la réaction, on voit de véritables bouchons d'albumine coagulée au sein du liquide. Rien de plus aisé que de les recueillir sur un filtre.

Notre confrère insiste sur ce que l'urine doit être fraîche, car l'ammoniaque décompose le formol.

Si l'on renverse le tube après que la réaction s'est opérée, on aperçoit nettement le feutrage d'albumine qui adhère à ses parois.

Le tube vide de liquide atteste encore la présence de l'albumine.

Rien de semblable ne s'observe lorsqu'on emploie la chaleur et l'acide nitrique.

Le volume du bouchon albumineux peut fournir des données sommaires sur la quantité plus ou moins grande d'albumine. Cette quantité peut être déterminée plus rigoureusement par la pesée.

Certaines urines fortement albumineuses se prennent par l'addition de formoline sans chauffage préalable en une masse gélatineuse assez cohérente qui affleure parfois la surface libre du liquide.

L'aspect est particulièrement caractéristique dans les verres coniques de forme haute employés couramment en clinique.

Les avantages du procédé sont les suivants, d'après le Dr Trétrop :

“ La réaction est nette, grâce à la cohérence du caillot formé et aussi à la couleur de l'urine. Celle-ci n'est pas altérée.

“ Si l'on compare un tube d'urine albumineuse chauffée et traitée par l'acide nitrique à un tube qui a subi l'action de la chaleur et de la formoline, les petits grumeaux disséminés du premier tube auront une coloration variable rouge-brun plus ou moins foncé, comme le liquide altéré dans lequel ils baignent, tandis que le large feutrage ou le bouchon albumineux du tube à la formoline se détachera nettement en blanc très légèrement teinté de brun sur le fond jaune de l'urine. On ne peut mieux comparer la couleur du coagulum qu'à de la crème teintée par une petite quantité de café.

“ Le procédé exclut l'emploi des acides désagréables et nullement exempts de danger. Les mains et les vêtements de l'opérateur sont à l'abri de toute brûlure.

“ La formoline, même à 40 %, concentration maxima, n'attaque pas les couleurs les plus délicates, et le médecin peut, sans précautions spéciales, porter sur lui un petit flacon de ce produit pour faire la réaction au lit du malade.”

(*Bull. méd. — Gaz. méd. belge.*)

Des névralgies grippales.

par M. LEHMANN.

Il existe, conclut M. Lehmann, des névralgies en rapport intime avec cette maladie générale : tantôt elles apparaissent pour la première fois, tantôt elles ne sont que réveillées sous cette influence.

En dehors de leur étiologie, des phénomènes fébriles prémonitoires, elles présentent des caractères particuliers, qui sont : la périodicité habituelle des accès, leur défaut ou leur lenteur de fixation sur un territoire nerveux déterminé, la persistance d'un fond de souffrance continue et assez intense entre les paroxysmes, la prédominance nocturne des crises, et leur peu de fréquence relative.

M. Lehmann signale aussi un gonflement localisé, douloureux spontanément et à la pression, avec rougeur de la peau, et ne gardant pas l'empreinte du doigt : cette tuméfaction, dont nous ignorons la nature, est de courte durée et disparaît sans laisser de traces.

Le pronostic de la névralgie grippale, est en général bénin : elle ne paraît pas récidiver après une première atteinte.

Le traitement, en quelque sorte spécifique de cette affection est le bromhydrate de quinine, administré selon la méthode dite de la dose suffisante.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

CHIRURGIE

Greffes Thiersch.

Pour assurer l'immobilisation du lambeau transplanté Kuhn applique une couche de tulle, rendue imperméable à l'eau par l'immersion dans une solution de cellulose, d'où le nonaccrochage de la greffe au pansement en même temps qu'elle est solidement fixée.

(*Centralb. f. Chir. — Lyon méd.*)

Réunion par première intention des fistules à l'anus.

par M. ARSONNEAU (Th. de Paris.)

M. Arsonneau défend sa thèse de la cure des fistules à l'anus par l'excision et la suture.

Au lieu de six semaines, des trois et six mois demandés pour avoir une guérison complète, une cicatrisation parfaite, il faut une moyenne d'une vingtaine de jours, par conséquent la durée du traitement est considérablement diminuée.

L'excision, suivie de réunion par première intention n'expose jamais à la récurrence.

Les complications sont inconnues et les accidents inflammatoires nuls.

La suture assure le rétablissement fonctionnel intégral du sphincter. Elle n'expose donc pas à l'incontinence.

S'il y avait un échec de la réunion immédiate, ce qui tiendrait à une mauvaise technique opératoire, la réunion se fait par seconde intention et la plaie cicatrise en 40 ou 50 jours, sans accidents, comme dans les autres procédés opératoires.

90 p. 100 des fistules étant tuberculeuses, il convient donc de les opérer toutes à moins que l'état trop avancé d'une tuberculose pulmonaire ne soit une contre-indication formelle.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Le rein mobile et son traitement.

par ROSKAM.

Deux cas peuvent se présenter. Ou bien le rein est devenu mobile pendant que la neurasthénie ou l'hystérie évoluaient, ou bien il est antérieur à ces maladies.

Dans le premier cas, il me semble que la cause initiale étant autre que la ptose, il y a lieu de faire un traitement d'attente. Il faudra donc s'arranger de façon à éviter que l'irritation, l'excitabilité produites par ce nouveau facteur viennent s'ajouter à l'irritation existante. On soutiendra donc le rein le mieux possible et, si cela peut se faire, on prescrira une cure de repos en ayant soin d'entretenir le bon état de la peau par des lavages répétés et le fonctionnement des muscles par le massage et l'électricité.

Dans le deuxième cas, nous n'hésiterons pas à faire appel au chirurgien.

Nous basons cette opinion sur les considérations suivantes :

1° Chez les personnes atteintes de neurasthénie ou d'hystérie, il faut en général éloigner toutes causes capables de déterminer une irritation vive et continue et en particulier si possible la cause productrice de ces maladies nerveuses. Le choix entre l'irritation momentanée d'une néphropexie et l'irritation continuelle et agaçante d'un rein mobile n'est pas douteux ;

2° Tout rein mobile douloureux, capable de produire des réflexes, provoque dans les voies digestives des troubles avec production de toxines. L'action de ces toxines est reconnue fatale aux neurasthéniques et aux hystériques.

Il faut donc proposer l'opération sans hésitation et même dans le premier cas, c'est-à-dire quand la ptose du rein s'est faite en pleine évolution de neurasthénie ou d'hystérie, si par le repos d'une certaine durée on n'obtient rien, il faut faire disparaître la cause irritable par l'opération.

(*Gaz. de gyné. — Indép. méd.*)

Rapports des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein.

par M. JAMAUX (Th. de Paris).

Depuis que Paget a attiré l'attention sur cette question, on a décrit, sous le nom de maladie de Paget, un certain nombre de faits pathologiques dissemblables et qu'il importe de distinguer les uns des autres.

Pour M. Jamaux, dans un certain nombre de cas, il s'est agi d'eczéma chroniques du mamelon et de l'aréole qui se sont accompagnés au bout d'un temps variable d'un cancer du sein à distance d'origine glandulaire, ou d'une dégénérescence néoplasique, d'origine cutanée, sur place sans qu'il y ait lieu d'invoquer de liens étiologiques particuliers entre les deux affections.

A côté de ces cas, on a décrit sous le nom de maladie de Paget une affection cutanée rare, très exceptionnellement observée, avec une très grande prédominance au niveau du mamelon et de l'aréole, mais que ses caractères permettraient de retrouver en d'autres endroits du corps.

Les rapports qui existent entre cette affection cutanée spéciale, et le cancer qui peut venir aggraver son évolution, sont interprétés différemment suivant l'interprétation qu'on donne aux lésions que présente la première.

Pour les uns, ces lésions en font une affection spécifique, sans rapport étroit avec le cancer, pas plus qu'avec l'eczéma, à laquelle on peut donner le nom de maladie de Paget, mais chez laquelle le cancer n'est qu'une complication qui n'a pas de raison particulière de se produire ; pour les autres il s'agit de lésions qui peuvent être considérées comme rentrant dans le groupe de lésions eczémateuses et la maladie de Paget n'aurait pas d'existence propre en tant qu'affection cutanée, elle ne serait qu'une variété d'eczéma.

Suivant d'autres auteurs, au contraire, les cellules de Darier doivent être considérées comme des cellules de nature déjà cancéreuse et l'affection de la peau dans laquelle on les rencontre doit être envisagée comme une affection pré-cancéreuse, pouvant dégénérer en véritable cancer, si elle ne constitue pas un épithélioma vrai, au début.

La conduite à tenir variera suivant la théorie acceptée.

En tout cas, au point de vue pratique, il fera indiqué toutes les fois qu'on constatera une affection ancienne et rebelle de la peau au niveau du mamelon, de quelque nature qu'elle soit, d'explorer avec le plus grand soin la glande mammaire et l'aisselle pour voir s'il ne s'y est pas développé de tumeur.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

**Gliome du cervelet. — Extirpation. — Fistule —
meningite.**

par M. JABOULAY.

Un homme de 40 ans éprouvait depuis un an et demi des douleurs de tête, principalement occipitales, qui restaient rebelles à tous les traitements. La vue avait baissé progressivement. Il y a trois mois, il eut de nouveaux symptômes ; c'étaient des vertiges, des vomissements, de la titubation, chaque fois qu'il voulait seulement se lever de son lit ; puis il eut des sifflements dans l'oreille gauche, et devint à peu près sourd de ce côté. A son entrée dans le service, il y a deux mois et demi, la symptomatologie était la suivante ; céphalalgie très vive, surdité gauche, vertiges et titubation, œdème papillaire intense, bilatéral, avec des hémorragies rétinienne, un peu de parésie du facial inférieur gauche et des membres du côté droit.

Nous n'hésitâmes pas à porter d'emblée le diagnostic de tumeur de l'hémisphère gauche du cervelet ; il y avait en effet les signes généraux d'une tumeur encéphalique, œdème papillaire et céphalalgie ; les vertiges, la surdité gauche, avec la compression de la protubérance du même côté (parésie alterne de la face et des membres), la localisaient dans l'hémisphère gauche du cervelet.

J'ai trépané la face occipitale inférieure gauche le 5 juin, au milieu d'une ligne réunissant la pointe de la mastoïde et la protubérance occipitale externe ; après incision de la dure-mère, du liquide céphalo-rachidien s'écoulait en grande abondance, et des adhérences blanches apparurent entre les méninges et la surface du cervelet. Pendant 8 à 10 jours, la plaie, qui avait été recouverte après cette incision méningée, laissa suinter une grande quantité de liquide céphalo-rachidien ; puis l'écoulement se tarit et la plaie fut cicatrisée. Or, pendant toute cette période de traitement, la céphalalgie disparut, et la vue parut s'éclaircir, comme si la tension intra-cranienne avait véritablement diminué ; mais elle reparut immédiatement après, aussi violente.

Le 1er juillet, deuxième opération : réouverture de la cicatrice ; la surface cérébelleuse est herniée et s'est sphacélée ; elle est détachée avec le doigt, qui met ainsi à nu une tumeur rouge formée de deux masses principales ; leur excision aux ciseaux a permis de faire des préparations aux laboratoires d'anatomie pathologique, où l'on a trouvé un gliome à grandes cellules.

Le soir de l'intervention, le malade se lève pour la première fois depuis trois mois ; le lendemain il est descendu se promener dans les cours de l'Hôtel-Dieu, le mal de tête et les vertiges avaient disparu. Seules avaient persisté la névrite optique et la diminution de la vision, surtout pour l'œil gauche, la surdité à gauche et la parésie alterne.

Cette observation montre que l'on peut obtenir de bons résultats dans certaines affections cérébelleuses, et qu'il ne faut pas les abandonner toutes à elles-mêmes.

Nous conseillons d'opérer par temps successifs, qui permettent de limiter l'étendue et la profondeur des désordres opératoires ; les tumeurs sont souvent accouchées par la hernie cérébelleuse en dehors du crâne, où il n'y a qu'à les cueillir quelques jours après l'incision de la dure-mère. Si les statistiques pour opérations de tumeurs cérébelleuses sont si mauvaises (Allen Starr, Chi-pault), c'est que les chirurgiens ont voulu tout enlever d'un coup, produisant ainsi du shock et des hémorragies. La récurrence des douleurs est une indication à réouvrir les cicatrices opératoires ; au bout de trois semaines, la céphalalgie ayant fait sa réapparition, nous avons dû réopérer une troisième fois, sous anesthésie locale, et examiner à nouveau le cervelet. Rien d'anormal au toucher ni à la vue ne s'étant présenté, nous avons suturé les téguments ; or, au bout d'une huitaine de jours, une fistulette s'est formée sur le milieu de la suture et à laisser couler le liquide céphalo-rachidien, au fur et à mesure de son hyper-production. La conséquence de cet écoulement a été, comme la première fois, la cessation de la céphalée et encore l'amélioration de la vision. Déjà, j'ai insisté sur l'utilité et même la nécessité de ces cicatrices à filtration (*Arch. prov. de chirurgie*, 1893 et *Lyon Médical*, 1900 : *Traitement de l'ascite et de la cirrhose atrophique : cicatrice à filtration*), où est rappelée l'observation d'une filette atteinte de tumeur cérébrale, qui fut soulagée et même guérie par cette exsudation prolongée. Elle vit encore, mais elle est aveugle. Il n'y a pas à craindre de méningite par infection extérieure, du moins c'est ce que je n'ai pas observé. L'hyper-production du liquide céphalo-rachidien est donc bien la cause immédiate des phénomènes de compression intra-cranienne signalés dans les tumeurs ; elle explique que les trépanations blanches, mais avec incision de la dure-mère et cicatrice à filtration, peuvent amener considérablement les symptômes, presque autant que si le néoplasme avait extirpé en totalité. D'ailleurs, notre opérée du gliome du cervelet se comporte vis-à-vis de la trépanation comme la filette au néoplasme du cerveau ; la vision baisse peu à peu, parce que la névrite optique a succédé à l'œdème papillaire, et que l'opération a été trop tardive pour agir contre ce symptôme ; mais les phénomènes cérébelleux, vertiges, titubation, céphalalgie et parésie alterne, vont en diminuant.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

OBSTÉTRIQUE

De la vaccination anti-tuberculeuse Intra-utérine.

M. E. Magnant (de Gondrecourt) (Soc. méd. de Nancy). — S'appuyant sur de nombreux documents recueillis dans une pratique de plus de 35 années, M. Magnant tend à démontrer que l'enfant conçu et mis au

monde par une mère tuberculeuse est réfractaire à la phtisie dans tout le cours de sa vie, même jusque dans sa descendance.

Il considère que c'est là une loi naturelle qu'il appelle loi d'immunité, véritable sauvegarde qu'emploierait la nature pour mettre obstacle à la destruction de l'humanité qu'une maladie aussi redoutable et aussi disséminée que la tuberculose serait capable de mettre en péril.

Il ajoute que si ses prévisions venaient à se confirmer et à entrer dans le domaine de la réalité, les conclusions qu'il faudrait en tirer seraient des plus importantes.

Le fatalisme de l'hérédité se trouverait ainsi condamné et les faits auxquels il sert d'explication rentreraient dans le domaine de la contagion, tout au moins en ce qui concerne la tuberculose.

La sérothérapie antituberculeuse, application artificielle et scientifique de la vaccination intra-utérine, puiserait dans cette immunisation de l'enfant par la mère les arguments les plus sérieux et les indications les plus propres à encourager la continuation des essais déjà tentés dans cet ordre d'idées.

M. Haushalter insiste sur l'intérêt de la communication précédente et fait remarquer que les nombreuses observations de M. Magnant corroborent la manière de voir en vertu de laquelle le fatalisme héréditaire apparaît comme de moins en moins admissible en matière de tuberculose. Il est aujourd'hui démontré que les enfants de tuberculeuses ne naissent qu'exceptionnellement tuberculeux et que la tuberculose qui s'observe parfois chez eux après la naissance doit être attribuée à la contagion.

Les statistiques des Enfants assistés de Paris ont établi en effet que, parmi ces enfants, les sujets nés de femmes tuberculeuses mais élevés par l'Assistance publique dans de bonnes conditions d'hygiène ne devenaient généralement pas tuberculeux, tandis que les enfants de tuberculeuses élevés dans leur famille étaient souvent infectés par leurs mères par suite de leur cohabitation avec elles. Les faits observés chez les animaux conduisent aux mêmes conclusions. Ainsi les veaux provenant de vaches tuberculeuses ne sont qu'exceptionnellement tuberculeux les statistiques établissant que la proportion des veaux tuberculeux aux non tuberculeux est de 1/15000 alors que celle des vaches tuberculeuses aux non tuberculeuses s'élève à 1/5.

La rareté de la transmission intra-utérine de la tuberculose trouve d'ailleurs son explication dans la localisation extra-génitale habituelle des bacilles de Koch chez les tuberculeuses, dans l'infection bacillaire exceptionnelle du sang des malades et, enfin, dans les obstacles apportés par le filtre placentaire au passage éventuel des éléments microbiens du sang de la mère à celui du fœtus.

Toutefois, si la transmission intra-utérine de la tu-

berculose est aujourd'hui considérée comme une rareté, on est cependant porté à penser qu'en général les enfants de tuberculeuses sont prédisposés à contracter la maladie au cours de leur existence et c'est ici que les idées de M. Magnant diffèrent de l'opinion courante, l'auteur émettant l'hypothèse que non seulement une tuberculeuse ne transmet pas la maladie à son enfant de par la gestation mais encore que la tuberculose maternelle peut conférer à l'organisme fœtal une véritable immunité vis-à-vis de l'infection bacillaire. En tout état de cause, les observations sur lesquelles M. Magnant étaye sa manière de voir sont à rapprocher des cas si fréquents de tuberculoses chirurgicales qu'on est disposé à considérer actuellement comme des bacillooses atténuées, peut-être du fait de l'hérédité.

M. G. Etienne rappelle que les recherches les plus récentes démontrent que les tuberculoses chirurgicales locales sont des bacillooses très atténuées.

M. Stoeber se demande ce qu'il faut penser de l'allaitement des enfants de tuberculeuses par leur mère au point de vue de la contagion.

M. Haushalter fait observer que la transmission de la tuberculose de la vache au veau par allaitement paraît due à l'existence de lésions tuberculeuses localisées aux mamelles des vaches nourricières.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Paralysie obstetricale due à une inflexion de la voute acromio-claviculaire et à une refracture de la tête du radius.

M. Frœlich (Soc. méd. Nancy) présente un enfant de 6 mois dont le bras gauche doit être extrait manuellement au moment de l'accouchement. Celui-ci s'était effectué par le sommet.

L'enfant eut une paralysie complète du bras, les doigts seuls remuent.

Au moment où le sujet lui fut présenté, le bras était plus court de 2 centimètres et moins gros de 1 cm. 1/2 que celui du côté opposé. Ce bras est allongé en extension forcée le long du corps; il existe de l'intertrigo dans l'aisselle; l'abduction du membre est impossible et provoque quand on l'essai les cris de l'enfant. Le coude ne peut être fléchi et est douloureux. La main est fléchie sur l'avant-bras, mais peut être facilement portée dans l'extension; le pouce est plié dans la paume de la main.

M. Frœlich pensa à un décollement épiphysaire.

L'examen radioscopique pratiqué par M. Guilloz ne confirma pas cette hypothèse et montra qu'il y avait eu une fracture par inflexion au niveau de la voute acromio-claviculaire qui, dans sa totalité, s'était infléchie vers en haut en faisant avec l'épine de l'omoplate et d'une part et avec la partie moyenne de la clavicule, d'autre part, un angle ouvert en haut. Mais de plus il existait au coude une fracture de la tête du radius du col. Cette tête radi-

ale. s'était infléchi en dedans à angle droit et croisait l'apophyse coronoïde du cubitus.

L'examen électrique montre que tous les muscles sont encore vivants mais diminués dans leur excitabilité; celle-ci est presque nulle dans les radiaux.

Le traitement institué par M. Frœlich a consisté dans la flexion forcée du coude et la mobilisation de l'épaule. Après trois semaines de massage et de mobilisation, les mouvements de l'épaule et du coude se sont rétablis, mais ils sont encore paresseux. Quant à la paralysie des radiaux, elle ne semble pas avoir rétrogradé. M. Frœlich pense, si cet état persiste, essayer ultérieurement de la traiter par une greffe tendineuse.

L'auteur fait remarquer que les paralysies obstétricales du membre supérieur sont généralement dues ou au moins attribuées soit à des pressions du forceps sur le bas du cou au niveau du plexus brachial, soit à des tiraillements et à des arrachements des racines du même plexus par des tractions sur les bras. Ces paralysies guérissent très souvent. M. Frœlich pense qu'un assez grand nombre d'entre elles sont attribuables à des décollements épiphysaires de la tête de l'humérus ou à des fractures dans le genre de celles qu'il vient d'observer; mais leur diagnostic exact n'est possible que grâce à la radiographie.

(Ibid)

Thérapeutique et Matière Médicale

Intoxication par le trional

par ROSENBERG.

L'auteur ajoute un nouveau cas aux 8 cas connus d'empoisonnement par le trional.

Les accidents sont apparus à la suite de l'absorption de 1 gr. de trional et ont consisté en vertiges, exagération des réflexes, respiration stertoreuse, hématurie, mort.

(Berliner Klin. Voch. — Ind. mée).

Aniline blanche et tuberculose.

« Un jour, raconte Mme le docteur Eva Abramovitch dans son intéressante thèse (Montpellier), un pharmacien, auquel je demandais un balsamique pour l'employer en inhalations, me donna, par une erreur dont je ne saurais assez le remercier, un flacon d'aniline brute, jaune foncé, souillée d'impuretés.

Je m'en suis servie pendant trois semaines: je fus successivement jaune, bleue, verte, j'eus des vertiges, des céphalées, mais ma toux cessa.

Quelques mois après, de nouveau malade, je revins à mon huile, additionnée, cette fois, d'eau boriquée, et ce traitement eut encore raison de la toux.

C'était assez pour éveiller ma curiosité. J'ai cherché, mes maîtres m'ont aidée, et je crois avoir trouvé.

L'aniline (C_6H_7Az) ou phénylamine ($C_6H_5AzH_2$), sur laquelle Mme Abramovitch nous donne d'intéressants renseignements, a été découverte et étudiée pour la première fois, en 1826, dans l'huile empyreumatique.

Aniline est le nom dérivé du mot portugais désignant indigo. Roungé découvrit l'aniline dans les goudrons. M. Hoffmann lui donna le nom de phénylamine.

On la prépare dans l'industrie en réduisant la nitrobenzine par un mélange d'acide acétique à 35 degrés et de limaille de fer (procédé de M. Béchamp).

Lorsqu'elle est pure, qu'elle vient d'être distillée, elle se présente sous l'aspect d'une liqueur huileuse, incolore, très réfringente, mais rapidement, à la lumière, elle jaunit, brunit, prend une teinte rouge foncé.

Son odeur paraît rappeler celle de la violette à laquelle se mêlerait un vague parfum de bois de sapin frais. Saveur est brûlante. Sa densité est voisine de celle de l'eau, 1036 à 0 degrés, 1025-1029 à 15 degrés. L'aniline cristallise à — 8 degrés et bout à 183°5; à — 30 degrés elle possède une tension de vapeurs très notable. 1 gramme représente xxxvi gouttes.

La tension de ses vapeurs est 3019. A peine soluble dans l'eau, elle se dissout seulement dans 31 parties d'eau (à 12 degrés). Elle se dissout en toutes proportions dans l'alcool et l'éther, les carbures d'hydrogène. Elle dissout elle-même le soufre, le phosphore, l'indigo, les résines, le camphre, elle se mêle facilement aux corps gras et aux huiles. Sa réaction alcaline est très faible. Elle coagule l'albumine. Son union à l'acide chlorhydrique dégage 7,4 calories.

Ce sont des corps surajoutés qui constituent ses impuretés: nitrobenzine, toluidine, xyldine, etc.

C'est pourquoi il faut absolument redistiller l'aniline chaque fois qu'on veut s'en servir en thérapeutique.

Une fois pure, elle est inoffensive.

Mme Abramovitch a fait absorber l'aniline soit au moyen de frictions cutanées, soit par la voie stomacale, soit à l'aide des inhalations.

Ce dernier procédé se rattache spécialement à la cure de la tuberculose pulmonaire.

Au début de ses expériences à l'hôpital, son appareil se composait simplement d'un flacon dont le bouchon était traversé par deux tubes de verre. Un tube, rectiligne, met l'air extérieur en relation avec le milieu liquide. Un deuxième tube, coudé, n'atteint pas la surface de l'aniline, c'est par lui que se fait l'aspiration.

Mme Abramovitch a, depuis, fait construire un appareil spécial d'une seule pièce permettant de supprimer le bouchon.

Le diamètre des ouvertures est d'un centimètre, calibre qui correspond à peu près à l'ouverture du larynx. Cette dimension a l'avantage de ne point causer une aspiration pénible, sans permettre toutefois au liquide de monter jusqu'à la bouche.

Quel que soit celui des modèles qu'on choisisse, il faut verser la solution d'aniline en quantité suffisante pour qu'elle baigne l'extrémité du tube rectiligne, c'est-à-dire *une hauteur d'un centimètre et demi environ, pas plus.*

“ *Technique des inhalations.* — Les inhalations doivent être lentes et profondes. Il faut procéder progressivement et faire l'éducation des malades.

L'aniline fraîchement redistillée sera mêlée à de l'eau saturée d'acide borique en proportions faibles au début puis de plus en plus fortes ; à ce mélange on ajoutera un peu d'alcoolature de menthe.

Au début du traitement, la proportion d'aniline doit être très faible, pour que le malade s'y habitue (à 1/4).

Les premiers jours on donnera :

Formule I.

Huile d'aniline blanche, bien redistillée.....	5 cent. cubes.
Eau boriquée saturée (à 4 p. 100), bien redistillée.....	15 —
Alcoolature de menthe (à 4 p. 100), bien redistillée.....	2 —

Chaque demi-heure, 15 à 20 inhalations.

Les jours suivants, la proportion d'aniline peut être plus forte (à 1/3).

Formule II.

Huile d'aniline blanche, bien redistillée.....	8 cent. cubes.
Eau boriquée saturée, bien redistillée	12 —
Alcoolature de menthe, bien redistillée	2 —

Chaque demi-heure, 25 à 20 inhalations.

Dans les cas peu avancés on peut mettre moitié d'aniline dans le mélange. On la mettra dans la proportion de 2/2 lorsqu'il s'agira de lésions graves ou de laryngite.

Formule III.

Huile d'aniline blanche, bien redistillée	12 cent. cubes.
Eau boriquée saturée, bien redistillée.....	8 —
Alcoolature de menthe, bien redistillée.....	2 —

Chaque demi-heure, 25 à 30 inhalations.

Il ne faut jamais donner pour les inhalations de l'aniline non étendue.

Le traitement sera maintenu tant que les signes stéthoscopiques n'auront pas disparu, tant qu'il y aura des microbes dans les crachats, et prolongé, à dose décroissantes, bien au-delà de la guérison apparente, pour éviter les récidives.

Action thérapeutique. — L'aniline est un antiseptique auquel le bacille de Koch ne résiste pas. Les vapeurs pénètrent dans le poumon malade, baignent les parois des cavernes, vont attaquer l'ennemi au sein même du parenchyme.

Une hyperleucocytose active se produit, le microbe, affaibli, se laisse détruire ; la cicatrisation commence.

Dès le début, la quantité des crachats se réduit brusquement, leur nature se modifie. On les porte sous le microscope ; ces préparations montrent une diminution des bacilles.

Si le traitement est prolongé il arrive un jour où on les cherche vainement, il n'y en a plus. L'asepsie des voies respiratoires est réalisée. Et tout de suite le phthisique, qui ne mangeait plus, sent l'appétit lui revenir et s'exagérer. Il mange beaucoup, si on lui donne beaucoup, il digère bien. Il engraisse, c'est le critérium de la guérison.

Chez des sujets sains (en dehors des lésions bacillaires) et raisonnables, il n'y a rien à redouter, ni pour le cœur, ni pour le système nerveux, ni pour le rein.

Si le malade est imprudent, au contraire, s'il en avale une dose, ou s'il en conserve dans la bouche, ou encore si c'est un cardiaque, un alcoolique, un nerveux, il faudra craindre la cyanose, les vertiges, la tachycardie parfois les convulsions, mais tous ces accidents n'ont rien d'effrayant, car ils sont passagers.

(Gaz. des hôp.)

Remarques sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Nombreuses et diverses, sont les méthodes de traitement dans la fièvre typhoïde, elles sont ou symptomatiques, ou antipyrétiques, ou hydrothérapiques, ou seulement expectatives.

Cependant on peut dire qu'il est préférable d'éliminer aussi rapidement que possible le bacille d'Eberth en vidant l'intestin, afin que les parois du tube digestif ne soient pas irritées, et exulcérées par des bacilles typhiques et des toxines du même ordre ; il faut en même temps administrer des désinfectants pour empêcher la pullulation des germes, et neutraliser en quelque sorte l'action nocive de leur produits. Le traitement qui répondra à ces données sera susceptible d'arrêter l'infection, d'empêcher la production de nouveaux ulcères, de hâter la cicatrisation des plaies intestinales déjà produites.

Quel laxatif faudra-t-il ordonner au stade du début, alors qu'il n'y a pas encore d'ulcération et que l'on ne craint pas encore de perforation ? On s'adressera à un médicament, qui, par une action lente et prolongée, ramollira le contenu intestinal, et qui videra ainsi le tube digestif d'une manière douce. C'est le calomel, désinfectant de l'estomac et de l'intestin, qui semblerait le mieux répondre à ces indications ; mais on ne peut prolonger

son administration à hautes doses, sans risquer des phénomènes d'intoxication. Il est donc préférable de le remplacer soit par de l'huile de ricin, soit par du sel de Karlabad, par des eaux purgatives ou de la rhubarbe.

Les eaux minérales laxatives ne semblent pas bonnes car elles agissent rapidement, ne dissolvent pas bien le bol fécal, et ne l'éliminent pas d'une façon suffisante, tandis que les autres remèdes débarrassent rapidement les endroits malades des matières. Aussitôt que la matité est remplacée par un son tympanique on voit le ballonnement du ventre disparaître, et la fièvre tomber graduellement, si on donne en même temps des désinfectants. Le Dr Klein ordonne une infusion de séné (à 3 p. 100) ; puis il fait tous les jours deux lavages d'intestin avec de l'eau bouillie et tiède, à laquelle il ajoute exceptionnellement de l'huile de ricin ; à remarquer que la canule de l'irrigateur doit être enfoncée de 25 cent. dans le rectum. Tous les jours, on recherchera par la percussion si les régions du côlon ascendant et transverse, et du cæcum ne deviennent pas mates ; dans ce cas, on aura à craindre un ralentissement du cours des matières, et on pourrait craindre de ne pas voir la température s'abaisser graduellement.

Parmi les désinfectants intestinaux, Klein a choisi le calomel, à la dose de 0,01 à 0,02 centig. toutes les 2 heures depuis le début de la maladie. A faibles doses, ce médicament ne produit pas d'hydrargyrisme ; il se transforme partiellement en sublimé, et désinfecte énergiquement ; son action est démontrée par la couleur verte des selles.

Si, au début de la maladie, on trouve l'intestin vide, ce qui est chose rare, les laxatifs deviennent inutiles, et les désinfections suffisent.

Malgré l'administration du calomel à petites doses, les selles ne dépassent pas le nombre de 3 ou 4 ; mais si, par hasard, elles atteignent le nombre de 7 ou 8, on remplace ce médicament par petites doses (0,02) de sous-nitrate de bismuth, qui est un désinfectant et un constipant. Pour lutter éventuellement contre une production de gaz excessive, on donne 0,05 cent. de menthol dans du cognac. Dans les hémorragies intestinales, on obtient d'heureux résultats avec l'acétate de plomb.

Comme boisson, on permet l'eau bouillie à discrétion, comme alimentation, le malade prend des substances liquides selon ses désirs ; néanmoins une alimentation restreinte amène une guérison plus rapide.

Quand la maladie ne présente pas de complications, il est inutile de combattre la fièvre au moyen des antipyrétiques, celle-ci diminue d'elle-même, à mesure que l'état s'améliore. Dans le cas de pneumonie ou de pleurésie, Klein, ordonne 0,15 à 0,20 centig. de quinine, en alternant avec les désinfectants, et sans négliger de vérifier, au moyen de la percussion, l'état de l'intestin.

C'est là en somme un traitement de la fièvre typhoïde, basé sur des données chirurgicales.

(Con. méd. — Gaz. méd. belge.)

PEDIATRIE

Trois syndromes arthritiques chez les enfants,

par COMBY.

Il s'agit : 1° de la céphalalgie périodique ; 2° du vomissement cyclique ; 3° de la fièvre arthritique. L'enfant arthritique doit être végétarien et buveur d'eau. Le traitement ne peut être que palliatif : repos au lit, boissons aqueuses, bains tièdes ou applications froides (drap mouillé) suivant les cas, lavements d'eau bouillie, injection de sérum artificiel dans les cas graves.

(Soc. méd. des hôp. de Paris — Lyon méd.)

Seméiologie de la raie méningitique chez l'enfant.

par le Dr Henri GIGAUD-LAFONT.

Depuis longtemps, on discute sur la valeur de la raie vaso-motrice, dite méningitique : certains auteurs la considèrent comme un symptôme important de méningite ; d'autres, au contraire, pensent que sa recherche est inutile, et que son apparition ne peut en aucun cas aider au diagnostic.

C'est la valeur sémiologique de cette raie que M. Gigaud-Lafont s'est efforcé d'établir dans l'excellente thèse qu'il a écrite sous l'inspiration de M. Richardière.

Voici ses conclusions :

La raie vaso motrice, dite méningitique, est due à une dilatation temporaire des vaisseaux périphériques à la suite d'une excitation quelconque.

Elle se montre parfois chez l'individu sain ; mais, dans ce cas, elle dure peu et elle est à peine visible.

Dans certaines maladies, au contraire, elle peut revêtir une très grande intensité et persister très longtemps. Elle serait due à une paralysie réflexe des nerfs vaso-moteurs, ce qui déterminerait une dilatation des vaisseaux.

Sa durée et son intensité sont en rapport direct avec l'intensité des phénomènes nerveux et des troubles cérébraux.

C'est ainsi que dans la méningite, la fièvre typhoïde elle dure très longtemps.

Mais, contrairement à certaines opinions émises jusqu'ici on la rencontre dans bien d'autres affections où le système nerveux est en cause. Elle peut même quelquefois être plus intense et plus durable dans ces affections que dans la fièvre typhoïde et même dans la méningite : dans l'hystérie, la paralysie, on peut déterminer une raie vaso-motrice très vive.

Cette raie est surtout nette quand, avec les troubles digestifs, existent des troubles nerveux.

(Gaz. des hôp.)

De la hernie ombilicale chez le nouveau-né et chez l'enfant

M. Walravens (de Bruxelles) (Soc. belge chir.), rapporteur, étudie l'étiologie et le traitement de cette affection aux différents âges. Il distingue deux groupes: 1° les hernies dues à une malformation ou hernies ombilicales de la période embryonnaire; 2° les hernies ombilicales vraies, dues à un relâchement ou à un manque de consolidation du tissu cicatriciel de l'ombilic.

A propos des hernies ombilicales de la période embryonnaire, il émet les conclusions suivantes:

1° La couche interne de la membrane-paroi abdominale primitive est de nature péritonéale:

2° Il y a lieu de distinguer: a) les hernies funiculaires vraies; b) les hernies par défaut de paroi;

3° L'opération de choix sera toujours la cure radicale avec laparotomie; la présence du foie dans le sac assombrir le diagnostic;

4° L'intervention doit être pratiquée aussitôt que possible, les premières 24 heures donnant 80 p. 100 de guérisons, alors que passé 48 heures, on n'a plus que 33 p. 100 de guérisons.

Pour les hernies ombilicales proprement dites, qu'il classe en: a) hernies fœtales; b) hernies acquises des nouveau-nés, l'auteur estime que la cure radicale opératoire est la méthode de choix. Comme procédé opératoire, il décrit dans ses détails, la méthode qu'emploie M. Lorthior et qui consiste à faire une incision latérale à l'ombilic, à disséquer et à réséquer le sac, à suturer entre eux les bords des deux muscles droits et de leurs gaines aponévrotiques, à suturer la peau au moyen d'agrafes métalliques.

M. Walravens résume, en un tableau, 50 cas opérés par M. Lorthior: on constate trois décès, dont 2 sont de cause étrangère à l'opération (scarlatine, bronchopneumonie) et dont le troisième est dû à une suppuration provoquée par l'inexpérience d'une infirmière.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Diagnostic de la scarlatine.

M. Variot résume d'une façon extrêmement claire le tableau clinique de la scarlatine.

Fièvre, angine, érythème, telle est la triade symptomatique qui, apparaissant au complet, en vingt-quatre ou trente-six heures, doit fixer le praticien.

Il serait imprudent d'essayer de baser le diagnostic sur l'angine seule, au moment de son apparition.

"L'angine de la scarlatine, dit-il, surtout au début, est polymorphe dans ses manifestations, on ne peut pas dire qu'elle ait des caractères bien typiques qui lui appartiennent en propre, elle ne prendra sa vraie signification pour le clinicien que par sa coïncidence avec l'érythème qui surviendra après vingt-quatre ou trente-six

heures en général. L'incertitude ne sera donc pas de longue durée dans la majorité des cas.

M. Variot donne ensuite un tableau très complet de l'exanthème:

"Au point de vue pratique, l'exanthème reste le sésame de la maladie; il faudra donc s'attacher à en découvrir les premières manifestations, à préciser ses caractères typiques, sa topographie, etc.

C'est d'ordinaire aux aines, sur la paroi abdominale et le haut des cuisses, sur les côtés du thorax et aux aisselles qu'on aperçoit la première efflorescence de l'érythème scarlatineux. Avec une bonne lumière solaire, il faut peu compter sur la lumière artificielle pour l'examen du début, on voit que la peau dans ces régions offre une teinte rosée diffuse qu'elle n'a pas encore dans les autres parties des téguments.

Dès lors, si on applique la main sur la peau, les doigts écartés, on marque des empreintes distinctes blanches qui se détachent momentanément sur le fond rosé. Douze ou quinze heures plus tard l'érythème est bien plus marqué, plus étendu et plus confluent, il recouvre presque toute la surface du tronc et des membres, il envahit même le visage mais secondairement, tandis que dans la rougeole l'éruption faciale se montre la première.

A ce moment, l'exanthème est vraiment caractéristique: il est constitué par un semis, un pointillé rouge assez serré dont la fusion à distance donne à la rétine une apparence de rougeur diffuse; en examinant à la loupe ce pointillé, on voit qu'il se compose de très légères élevures de la peau qui ne sont pas toujours perceptibles au toucher; dans l'intervalle des pointillés la peau est d'un rose moins foncé.

La diffusion de l'érythème scarlatineux sur de vastes surfaces sans qu'il y ait à proprement parler de peau saine entre les éléments éruptifs, permet de distinguer à première vue la scarlatine de la rougeole; mais il existe des érythèmes scarlatiniformes dont le diagnostic différentiel est plus délicat.

Les érythèmes produits par l'action de certains médicaments offrent parfois de grandes analogies avec l'éruption de la scarlatine. Le chloral, l'antipyrine peuvent être en cause et l'on ne manquera pas de demander à la famille si le petit malade a pris des médicaments. L'iodoforme employé fréquemment dans la chirurgie infantile détermine des érythèmes très étendus, éloignés du pansement: il est d'autant plus important de reconnaître la nature de ces érythèmes que les opérés ont une assez grande tendance à contracter la scarlatine, au point que l'on a décrit une scarlatine chirurgicale. On admet maintenant que cette prédisposition des opérés à la scarlatine est plutôt due au choc opératoire, à la dépression consécutive, qu'à la pénétration des germes par la plaie. Les aliments gâtés et surtout le poisson de mer avarié produisent des éruptions polymorphes en général, mais qui prennent aussi le type scarlatiniforme. Il en

est de même du lait concentré ou de certaines mixtures malsaines pour les nourrissons : les éruptions sudorales ont quelquefois une grande intensité et l'adjonction des vésicules miliaires n'est pas de nature à éclaircir le diagnostic.

Mais le clinicien ne se laissera pas égarer par tous ces érythèmes plus ou moins scarlatiniformes, s'il n'oublie pas que l'éruption de la scarlatine n'a toute sa valeur que lorsqu'elle coexiste avec l'angine et avec la fièvre. Un érythème scarlatiniforme apyrétique et sans angine, quelles que puissent être ses analogies avec celui de la scarlatine, sera tout au moins considéré comme douteux et les commémoratifs de l'enfant seront soigneusement recherchés et pesés.

Le diagnostic différentiel présente parfois de très grandes difficultés lorsqu'on est en présence des érythèmes scarlatiniformes survenant chez les enfants qui ont reçu des injections d'un sérum albuminoïde et surtout de sérum anti-toxique contre la diphtérie.

L'érythème très confluent et très généralisé survenant cinq à dix jours après l'éruption est très semblable à celui de la scarlatine : la température s'élève à 38 degrés, 39 degrés et plus au moment de son apparition, les urines peuvent être albumineuses, enfin, il existe généralement des reliquats de l'angine diphtérique et il est impossible d'affirmer si le processus angineux est tout à fait récent ou ancien.

Enfin, malgré les précautions prises pour l'isolement on ne peut pas prévenir de temps à autre la pénétration des scarlatineux porteurs d'angines membraneuses dans les pavillons de diphtériques, et par suite empêcher la contagion de la scarlatine de se propager.

Dans le doute, il est toujours préférable d'isoler les enfants diphtériques qui offrent les éruptions sériques très semblables à celle de la scarlatine.

Je dois ajouter que les érythèmes scarlatiniformes typiques ne sont pas des plus communs après les injections de sérum ; que les éruptions de ce genre sont habituellement polymorphes, avec des éléments urticants qui marquent le début de sa localisation de l'érythème sérique au pourtour des articulations est prédominante ; mais dans les milieux hospitaliers surtout, il nous arrive parfois de rester dans l'embarras et de ne pouvoir décider qu'à grand'peine si nous sommes en présence d'une fièvre scarlatine ou des éruptions imputables au sérum."

(Gaz. des hôp. — Gaz. méd. belge)

Traitement hygienique et diététique de la coqueluche

D'après M. le prof. MONTI (de Vienne).

I. TRAITEMENT GENERAL. — L'enfant atteint de coqueluche habitera une chambre très claire et très aérée, dont la température sera toujours maintenue vers 18° à 19° C. ; il gardera le lit pendant le premier jour de

la maladie et sera soumis au régime lacté. Le séjour des coquelucheux dans le Midi pendant l'hiver (Gorz, Gries, Méran, Arco) est des plus recommandables ; en été, au contraire, les collines protégées contre les vents et les climats peu sujets aux variations thermiques sont à conseiller.

II. TRAITEMENT LOCAL. — Nombreuses sont les médications qui ont été préconisées contre la coqueluche et en première ligne il faut citer les inhalations médicamenteuses, les insufflations d'acide borique, de salicylate de soude, de bicarbonate de soude, les badigeonnages à la cocaïne, à la résorcine, etc.

Parmi ces topiques aussi divers que nombreux, Monti préfère les inhalations phéniquées et déclare que l'action des inhalations phénicomentholées, jointes au traitement interne par la quinine, est éminemment bienfaisante.

La formule de Birch-Hirschfeld est à ce point de vue recommandable :

Acide phénique.....	2 gr.
Menthol pur.....	1 gr.
Eau distillée.....	200 gr.

On fait respirer 2 à 4 fois par jour 25 grammes de cette solution, à l'aide de l'appareil de Siegle.

III. TRAITEMENT INTERNE. — Le professeur Monti prescrit la préparation de belladone, d'après la formule suivante :

Poudre de racine de belladone....	0 gr. 10
Bicarbonate de soude.....	} à à 1 Or. 50
Sucre blanc.....	

Pour un paquet, 1 à 3 par jour ;

ou bien :

Extrait de belladone.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	10 gr.

à donner 3 fois par jour autant de gouttes que comporte l'âge.

Stepp, Feer, Marfan se sont très bien trouvés de la médication bromoformée. Voici la formule de Marfan :

Huile d'amandes douces.....	15 gr.
Bromoforme	XLVII gouttes.

Après avoir agité fortement, il fait ajouter :

Gomme arabique.....	15 gr.
Eau de laurier cerise.....	4 gr.
Eau distillée.....	Q. S. pour 120 gr.

Chaque cuiller à café de cette mixture contient deux gouttes de bromoforme.

Monti reproche à cette médication l'inexactitude du dosage, car le médecin ne peut se fier au titre exact de la solution ; d'autre part, l'accumulation de gouttes de bromoforme peut amener un véritable empoisonnement.

De tous les remèdes préconisés jusqu'ici, c'est à la

quinine que Monti donne la préférence, car c'est elle qui donne les résultats les plus tangibles.

Pour les nourrissons de moins de 2 ans, on prescrivra :

Tanate de quinine.....	} à 1 gr.
Bicarbonate de soude.....	
Sucre blanc.....	

à diviser en dix doses. Un paquet toutes les 2 heures.

Pour les enfants du second âge, la formule suivante est recommandable :

Chlorhydrate de quinine.....	} à 1 gr.
Bicarbonate de soude.....	
Sucre blanc.....	

à diviser en dix paquets. Un toutes les 2 heures.

En résumé, les inhalations phéniquées, jointes à l'administration de quinine à l'intérieur, constituent pour le professeur de Vienne le seul traitement logique et rationnel de la coqueluche.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

MALADIES VENERIENNES

A quel moment peut-on considérer la gonorrhée comme guérie ?

par MM. L. LEVEN et W. SCHOLTZ.

Il est aussi difficile qu'important dans le stade terminal d'une gonorrhée aiguë ou chronique d'établir sûrement si le processus est encore infectieux ou non. Car, même après plusieurs examens négatifs au point de vue de la recherche du gonocoque, il n'est pas possible d'affirmer de façon absolue qu'il n'existe pas de gonocoques dans les voies primitivement contaminées. Or, l'auteur croit, sous ce rapport, avoir trouvé un critérium sûr et pratique dans l'absence ou la présence de leucocytes. Il pense que les suppurations dans l'urèthre sont toujours produites par les gonocoques, d'où la conclusion que le processus infectieux ne saurait être terminé aussi longtemps qu'il y a des leucocytes dans la sécrétion uréthrale ou dans des filaments urinaires, à condition bien entendu qu'il n'existe pas simultanément des affections capables par elles-mêmes d'entraîner la suppuration (rétrécissements, catarrhe de la vessie, tuberculose, affections rénales, etc.) Par contre, l'absence prolongée de leucocytes autoriserait à admettre que la guérison est obtenue.

Scholtz conteste formellement l'exactitude de cette opinion.

Des milliers d'observations ont établi sûrement qu'une faible part seulement des uréthrites chroniques avec filaments urinaires contenant des éléments épithéliaux et des leucocytes sont en rapport avec le gonoco-

que. La sûreté du procédé de contrôle qui consiste à provoquer, à l'aide d'excitants chimiques ou mécaniques, la multiplication de gonocoques situés éventuellement profondément et leur apparition à la surface, puis à démontrer leur présence par la méthode de Gram ou par la voie des cultures, s'est trouvée justifiée.

(Arch. f. Dermat. u. Syph. — Deutsche Medic.-Zeitung. — Ann. thérap. dermat. et syph.)

Le traitement des bubons par les injections de la solution saline physiologique

par M. WAELSCH.

Il y a déjà plusieurs années, l'auteur a publié les bons résultats que ces injections de la solution saline physiologique dans le cas de bubon avaient procurés (Clinique du prof. Pick, à Prague). — Or les expériences ultérieures n'ont fait que confirmer ces heureux résultats. De 85 cas, 53 guérissent en 15,6 jours. Dans les 32 autres, il faillit à la vérité intervenir, mais la guérison survint rapidement à la suite de la simple incision. En sorte que quand le traitement ne guérit pas, il hâte toujours la guérison.

(Arch. f. Dermat. u. Syph. — Deutsche Medic.-Zeitung. — Ann. thérap. dermat. et syph.)

Du traitement du rhumatisme blennorrhagique

par L. LEISTIKOW.

L'auteur a obtenu, dans l'arthrite blennorrhagique, de bons résultats de l'emploi des préparations ichthyolées. Avec une pommade ichthyolée à 10 p. 0/0, on frictionne doucement la jointure malade. On applique ensuite un morceau de gutta percha laminée. Par dessus, de l'ouate qu'on fixe avec des bandes de gaze. Le phénomène le plus remarquable des applications ichthyolées, c'est la suppression immédiate des douleurs ; en outre, les phénomènes inflammatoires, tuméfaction, exsudation, s'amendent promptement. L'auteur prescrit aussi une solution d'ichthyol (ichthyol 10, eau 20) dont on donne, 3 fois par jour, de 10 à 50 gouttes dans beaucoup d'eau, après les repas. Simultanément, au cas d'uréthrite antérieure, chaque jour, plusieurs injections d'une solution à 0,02 p. 0/0 d'ichthargan ; au cas d'uréthrite postérieure, chaque jour des lavages prudents avec une solution moitié moins concentrée d'ichthargan.

(Monatsch. f. prak. Derm. — Deutsche Medic.-Zeitung. — Ann. thérap. dermat. et syph.)

Travaux Originaux

DE L'ASEPSIE DANS LA VACCINATION.

par le Dr Z. RHEAUME.

Dans toute intervention chirurgicale, si minime soit-elle, où il y a dénudation des muqueuses ou de l'épiderme, toutes les mesures aseptiques utilisées dans la laparotomie devraient être rigoureusement employées ; c'est ce que semblent oublier un grand nombre de médecins dans la vaccination.

Aussi qu'arrive-t-il trop souvent : " aréole inflammatoire autour de la surface du bras, gonflement, suppuration, sensibilité de tout le membre, hyperthermie, adénites et inflammations des vaisseaux lymphatiques, etc." Ces accidents se répètent si fréquemment que la plupart des patients sont sous l'impression que, pour que le vaccin soit pris, ils doivent endurer tous ces phénomènes inflammatoires. Cela est aussi la cause qu'un grand nombre refuse de se faire vacciner.

Ces accidents proviennent de l'infection du virus. Mais comment se fait l'infection du virus ? Voilà la question.

Tout manque d'asepsie, soit dans la préparation de la lymphe, ou soit dans la manière de procéder à la vaccination, peut infecter le virus. De sorte que, tout en prenant les précautions d'asepsie requises, nous pouvons avoir des phénomènes inflammatoires, si le virus est infecté, et vice versa.

Vaccination. — Voici la manière de procéder qui nous permet d'éviter, autant que possible, les troubles inflammatoires qui accompagnent trop souvent la vaccination.

I. *Usage exclusif de virus glycérinté.* — C'est celui qui offre le moins de chances de contenir des germes infectieux ; mais il ne doit être employé que 60 jours après sa préparation. On pourrait bien se demander pourquoi le germe du virus n'est pas détruit par la glycérine. Voici l'explication que l'on donne : " Le germe de la vaccination est probablement un spore (1). La glycérine détruit d'abord les bacilles pathogènes, et ce n'est que par son action prolongée qu'elle détruit les spores.

II. *Asepsie rigoureuse de tout ce qui doit toucher aux scarifications.* — Les mains seront chirurgicalement propres ; la surface cutanée qui doit recevoir le vaccin sera

soumise à une désinfection minutieuse ; l'instrument qui doit servir aux scarifications, quel qu'il soit, sera stérilisé, flambé ; le vaccin sera déposé sur un corps soigneusement aseptisé.

Mais à quoi auraient servi toutes ces précautions, si nous laissons cette petite plaie chirurgicale, cette porte d'entrée à l'infection, venir en contact avec les vêtements qui contiennent des germes infectieux et qui, en outre, peuvent contenir des teintures toxiques ?

Pansement. — Pour que l'opération soit complète, il faut que le vaccin soit recouvert d'un pansement aseptique (et non pas antiseptique) ; car dans ce dernier cas l'agent actif du virus pourrait être détruit.

Voici le genre de pansement que nous avons adopté : " à 1/2 pouce des scarifications nous faisons un cercle avec une épaisse couche de collodion ; avant que ce collodion soit coagulé, on applique un morceau de coton stérilisé qui y prend de solides adhérences. De cette façon tout l'espace compris en dedans du cercle se trouve libre d'adhérences, et le virus peut faire son travail sans inconvénients.

Nous ajoutons un peu de collodion sur la couche extérieure du pansement pour le rendre imperméable.

Après avoir pris toutes les mesures aseptiques que nous avons énumérées, s'il se produit malgré tout, des réactions inflammatoires, nous pourrions au moins nous disculper en rejetant la faute sur la manière dont a été préparé le virus.

Il est important aussi que le public (et surtout les médecins) comprenne que la sévérité de la réaction locale dans la vaccination n'ajoute rien à son effet immunisant contre la variole. Les cicatrices profondes, l'inflammation de la peau, l'induration du tissu cellulaire sous-cutané, et les troubles constitutionnels ne sont pas le résultat de la vaccination, mais bien d'une infection.

Il n'est seulement pas nécessaire d'avoir une légère rougeur autour de la vésicule pour que le vaccin soit parfaitement pris.

Dans toutes ces infections, on doit employer le traitement ordinaire : pansements antiseptiques.

492, rue Saint-Denis.

(1) Les opinions les plus récentes sur la nature du germe du vaccin tendent à prouver que ce n'est pas une bactérie mais un protozoaire.

Revue des journaux

MEDECINE

La lutte contre la tuberculose envisagée à la lumière de l'expérience acquise dans le combat contre les autres maladies infectieuses

(Suite et fin)

M. Nocard. — Ce qui me plaît dans la communication de M. Koch, c'est qu'elle justifie d'une façon éclatante les efforts de ceux qui protestaient contre toute exagération dans les mesures prophylactiques réclamées pour protéger l'espèce humaine contre les dangers de la tuberculose des bovidés.

Depuis plusieurs années déjà, une réaction salutaire s'était faite contre les exagérations du début. La communication de M. Koch va l'achever ; peut-être même va-t-elle l'exagérer en sens inverse, et j'ai bien peur qu'après avoir préconisé des mesures excessives et absurdes contre des dangers imaginaires, on en arrive à ne plus se défendre contre les dangers réels que la tuberculose des bovidés fait courir à la santé publique.

J'ai toujours soutenu — naguère encore au Congrès de la tuberculose de Berlin — que la tuberculose des bovidés ne prend qu'une très petite part aux progrès de la tuberculose humaine ; mais, cette part, si petite qu'elle soit, est indéniable, et ce serait une faute grave que de ne pas en tenir compte.

M. Koch n'a pas réussi à rendre tuberculeux les bovidés auxquels il a inoculé, par des procédés divers, des cultures ou des produits tuberculeux provenant de l'homme. Il en conclut : que les bovidés sont réfractaires à la tuberculose humaine, que l'homme n'a rien à redouter de la tuberculose des bovidés, qu'il est inutile de se défendre contre elle.

Avec toute la fermeté qu'entraîne une conviction profonde, je dirai que les expériences dont il s'agit n'autorisent pas de semblables conclusions.

C'est un principe de la méthode expérimentale que les faits négatifs ne prévalent point, quel que soit leur nombre, contre les faits positifs.

Or, il existe des faits positifs indiscutables prouvant qu'il est possible d'infecter des bovidés en leur inoculant des produits tuberculeux empruntés à l'homme. Les premiers en date sont ceux de mon éminent maître, le professeur Chauveau.

Parmi les nombreuses expériences qu'il a consacrées à ce sujet, il en est quatre qui sont plus particulièrement probantes ; elles concernent des veaux âgés de 5 à 10 mois qui ont été infectés, soit par les voies digestives, soit par injection intra-veineuse, avec des produits tuberculeux empruntés à l'homme (phthisie aiguë ou pneu-

monie caséuse.) Ces quatre animaux sacrifiés après un laps de temps variable, allant jusqu'à 59 jours, ont à l'autopsie, présenté des lésions parfois très importantes et procédant manifestement de l'infection expérimentale.

Sur deux des trois veaux infectés par ingestion, les lésions étaient confluentes sur l'intestin, les ganglions mésentériques et sur le péritoine. Sur le troisième, au contraire, à côté de lésions minimales des organes abdominaux, il en existait de très importantes des ganglions annexes des premières voies digestives, ganglions rétro-pharyngiens et œsophagiens.

On objectera sans doute que ces expériences remontent à une époque déjà lointaine où l'on ne connaissait pas la tuberculine, où l'on ne pouvait avoir la certitude que les veaux mis en expérience étaient indemnes de tuberculose.

M. Chauveau avait prévu cette objection : il avait choisi le jeune veau comme sujet d'expérience, parce que la tuberculose du veau est extrêmement rare ; il s'était procuré ces veaux dans un centre d'élevage où la tuberculose des vaches était inconnue : enfin, dans chaque expérience, il avait conservé à titre de témoins, des veaux en nombre égal, de même âge et de même origine, lesquels, sacrifiés en même temps que les premiers, se montraient absolument indemnes de toute lésion tuberculeuse.

Pour anciennes qu'elles soient, les expériences de Chauveau n'en ont pas moins la valeur de faits positifs contre lesquels ne sauraient prévaloir des faits négatifs aussi nombreux qu'on les suppose.

Ces faits prouvent que, s'il est difficile de communiquer aux bovidés la tuberculose humaine, on y réussit parfois.

Comment expliquer ces résultats différents, contradictoires en apparence ? Il est difficile de le faire avec certitude, car nous ne pouvons avoir la prétention de réaliser exactement, dans nos expériences, toutes les conditions naturelles. Il est pourtant possible d'en donner une explication plausible.

C'est une loi générale bien connue que l'adaptation graduelle d'un parasite quelconque au milieu, inerte ou vivant, où il réussit à se développer, lui confère l'aptitude à se développer plus aisément dans des milieux semblables au premier.

Cela est vrai pour le bacille de la tuberculose comme pour tous les autres microbes.

On sait combien il est difficile d'obtenir une première culture du bacille de Koch sur les milieux les plus favorables.

Cette première culture est toujours lente, malgré peu abondante ; mais, une fois accoutumée à ce milieu de culture, elle s'y développe ensuite très vite et très abondamment.

Ce qui est vrai des milieux inertes est encore plus vrai à fortiori des milieux vivants.

Tout le monde sait que le bacille du rouget du porc se développe difficilement, la première fois, dans l'organisme du lapin ; pour être sûr de tuer un lapin, il faut en inoculer trois ou quatre, et la mort n'arrive qu'après quatre ou cinq jours, parfois plus ; mais, en faisant passer ce microbe de lapin à lapin, il acquiert rapidement une virulence telle qu'il tue le lapin en quelques heures ; or, ce bacille, devenu si virulent pour le lapin, a perdu toute virulence pour le porc, dont il provient : on peut l'inoculer au porc à doses considérables sans le tuer, sans même le rendre malade.

Ce que je viens de dire du bacille du rouget des porcs s'applique aussi, à peu près exactement, au trypanosome de la dourine du cheval. Ce parasite, d'un ordre plus élevé, est inoculable au chien, à la souris blanche, au rat blanc, entre autres sujets. Après quelques passages de souris à souris, ou de rat à rat, il acquiert une virulence telle que les animaux succombent en quelques jours en présentant un nombre énorme de trypanosomes dans le sang.

Or il arrive que si l'on inocule au rat ou à la souris le même trypanosome, après un certain nombre de passages sur les chiens, on ne réussit plus à les tuer ni même à les rendre malades. L'adaptation longtemps prolongée du trypanosome à l'organisme du chien lui a fait perdre l'aptitude à se développer dans l'organisme du rat blanc et de la souris blanche. Et, chose curieuse, ce trypanosome du chien reste toujours aussi virulent pour le cheval.

Enfin, j'ai montré comment le bacille de la tuberculose de l'homme ou de la vache, cultivé dans le péritoine de la poule à l'abri de l'action phagocytaire (grâce à la protection d'un sac de collodion), acquiert lentement, peu à peu, les caractères du bacille de la tuberculose aviaire, et devient incapable de tuer le cobaye, ou ne le tue qu'avec des lésions analogues à celles de la tuberculose aviaire.

Tous ces faits me portent à penser que les résultats obtenus par le professeur Koch procèdent de causes de même ordre.

Les bovidés prennent rarement la tuberculose de l'homme ; mais que, pour une raison quelconque, la résistance des cellules soit modifiée, diminuée, ou supprimée, le bacille humain pourra germer, pulluler et envahir les organes du sujet dont la résistance a été vaincue ; dès lors, le bacille adapté à ce milieu nouveau, pourra se développer chez d'autres bovidés sains, qui se seraient montrés réfractaires à l'action du même bacille provenant directement de l'homme.

Mais admettons pour un instant que les bovidés soient réellement réfractaires à la tuberculose humaine ; aurait-on le droit d'en conclure que la réciproque est également vraie ? — Non, cent fois non : Ce serait contraire à tous les principes de la méthode expérimentale ! Ce serait surtout contraire aux faits !

Si les faits expérimentaux font défaut — et pour

cause, — les faits cliniques abondent, qui prouvent la possibilité de la transmissibilité à l'homme de la tuberculose des bovidés.

Beaucoup ont traité des vétérinaires qui se sont blessés en faisant l'autopsie de vaches tuberculeuses ; les uns ont guéri, grâce à une intervention chirurgicale hâtive et radicale : tel notre collègue Jensen, de l'École vétérinaire de Copenhague ; les autres moins heureux, ont fini par succomber à l'évolution progressive de l'infection : tels nos confrères Moses, de Weimar, et Thomas Walley, du Collège royal vétérinaire d'Edimbourg.

D'autre part, il existe des faits nombreux et authentiques d'infection par l'usage alimentaire de lait provenant de vaches atteintes de mammites tuberculeuses ; le plus connu et le plus probant concerne l'une des filles de M. le professeur Gosse, de Genève : il a presque la valeur d'une expérience.

Enfin, les travaux d'un grand hygiéniste anglais Thorne-Thorne prouvent jusqu'à l'évidence la réalité et la gravité du danger : depuis 50 ans, la mortalité tuberculeuse en Angleterre a diminué de 45 p. 100 ; pendant ce temps, la tuberculose abdominale des enfants du premier âge a augmenté de 27 p. 100.

Comment expliquer ces chiffres si différents ? C'est que depuis 50 ans vous avez fait beaucoup, en ce pays, pour assainir la maison, l'atelier, la commune, diminuant ainsi les chances d'infection par les voies respiratoires, de beaucoup les plus fréquentes pour les enfants nourris au biberon.

Thorne-Thorne n'hésite pas à attribuer la progression de la tuberculose des enfants du premier âge à l'absence de toute surveillance des laiteries, de toute mesure interdisant l'usage du lait provenant de vaches atteintes de mammites tuberculeuses.

Tous ceux qui se sont occupés de la question du lait partagent l'avis de Thorne-Thorne.

C'est pourquoi je continuerai à crier demain comme hier : " Mères de famille, ne donnez pas de lait à vos enfants sans l'avoir fait bouillir ! "

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes.

D'après le Dr H. SULLEROT (Th. de Paris).

Toute pleurésie purulente non tuberculeuse, si elle n'est pas compliquée d'autres affections qui en modifient le pronostic, doit guérir en quelques semaines, quelques mois au plus, sans laisser après elle ni empyème chronique, ni déformation thoracique.

Il faut ausculter avec grand soin les malades atteints d'affections de l'appareil respiratoire ou simplement d'une affection aiguë. Le diagnostic de pleurésie purulente au début peut présenter, dans certains cas, de grandes difficultés. Si l'on a le moindre doute, pratiquer une ponc-

tion exploratrice, toujours inoffensive, et ne jamais attendre l'apparition d'une vomique, de l'œdème de la paroi ou de l'empyème de nécessité.

Dès que la présence du pus sera démontrée, faire d'urgence une large pleurotomie sans s'inquiéter de la nature bactériologique du liquide. Rejeter d'une façon absolue les ponctions répétées et tous les procédés opératoires qui n'ouvrent pas franchement la plèvre.

L'incision simple, dans un espace intercostal, est une mauvaise intervention. Il faut, pour guérir rapidement un empyème, avoir un poumon capable d'extension et lui donner à combler une cavité toujours vide de pus. La première condition sera réalisée par une pleurotomie précoce, la deuxième en plaçant à tout prix l'orifice d'évacuation à la partie la plus déclive.

Les procédés habituellement employés sont insuffisants. La technique opératoire de M. Marion nous paraît remplir cette condition essentielle du traitement de l'empyème.

On se règle sur la situation de l'épanchement. Après ponction exploratrice pratiquée le plus bas possible et autant que faire se peut dans la partie postérieure du thorax, on taille un lambeau en demi-circonférence, à concavité tournée en haut, dont le centre serait le point ponctionné. Ce lambeau mesure 8 à 12 centimètres à sa base. Le lambeau est relevé ; avec un trocart, on ponctionne l'espace intercostal où l'on a déjà trouvé du pus, et le contenu de la plèvre est évacué lentement. On pratique alors une petite incision que l'on explore avec l'index. Si cette exploration démontre qu'il existe une certaine distance entre le sinus pleural et l'orifice, on résèque autant de fragments de côtes que cela est nécessaire pour atteindre la région la plus déclive de l'abcès. On suture le lambeau et on draine très largement en bas. Cette intervention n'a rien de commun avec la méthode d'Estlander et les diverses thoracoplasties.

La réparation de l'abcès pleural, sa cicatrisation dans de bonnes conditions, seront assurées par des pansements aseptiques et la suppression de tout lavage, suppression qui aura de multiples avantages : éviter la douleur, les poussées fébriles, les pansements multiples ; l'infection secondaire par l'introduction journalière de germes dans la cavité ; supprimer les accidents d'intoxication, les chances de production d'accès épileptiformes toujours fort inquiétants et souvent mortels ; permettre à la cavité de se rétrécir beaucoup plus sûrement et plus vite.

L'anesthésie générale présente des dangers tout particuliers, à cause des troubles respiratoires inquiétants qui surviennent au moment de l'évacuation de la plèvre, et cela chez des malades qui n'avaient avant l'intervention qu'une dyspnée très modérée. On se contentera, toutes les fois qu'on le pourra, d'une analgésie locale à la cocaïne.

(Gaz. des hôp.)

Des éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire.

par M. WOLF (Th. de Paris).

L'intéressante thèse de M. C. Wolf démontre que la ponction lombaire fournit à la clinique un adjuvant diagnostique de premier ordre dans toutes les affections aiguës et chroniques s'accompagnant de réaction méningée. Il convient d'associer les divers renseignements qu'elle fournit : physiques, chimiques, bactériologiques, cytologiques, qui doivent, l'un par l'autre, corroborer le diagnostic.

L'aspect objectif du liquide, par sa limpidité, par son caractère plus ou moins trouble ou nettement purulent, par sa richesse plus ou moins grande en fibrine peut déjà permettre d'établir quelques règles fertiles en deductions diagnostiques. Mais, dans la grande majorité des cas, les renseignements fournis par ce moyen sont tout à fait insuffisants et les exceptions, assez nombreuses, lui enlèvent une partie de sa valeur.

L'examen bactériologique permet de trouver, dans les cas de méningite cérébro-spinale, les agents pathogènes les plus divers ; principalement le méningocoque, le pneumocoque, le streptocoque de Bonome.

Il décèle beaucoup plus rarement le bacille de Koch et l'inoculation demande un temps trop long pour être utile au diagnostic clinique.

La facilité avec laquelle le méningocoque perd sa virulence dans le liquide céphalo-rachidien rend souvent cette recherche infructueuse.

L'examen chimique, lorsque les études du liquide céphalo-rachidien auront précisé ses caractères, permettra peut-être de tirer de certains faits des indications diagnostiques ; notamment, de la nature et de la variation des albumines du liquide.

L'examen cytologique semble fournir les données les plus importantes ; l'on ne doit toutefois en tirer que des signes de probabilité et non de certitude.

La réaction lymphocytaire est l'indice d'un processus subaigu ou chronique, la réaction polynucléaire d'un processus aigu.

La formule cellulaire est uniquement mononucléaire dans toute la durée de la méningite tuberculeuse, de la paralysie générale, du tabes, etc., etc.

Dans les méningites cérébro-spinales aiguës, une phase nettement mononucléaire, progressivement décroissante succède à la phase polynucléaire ; on note un certain temps une accalmie dans les symptômes : c'est le signe d'une évolution favorable.

Les phases d'aggravation, de recrudescence, sont accompagnées par une réapparition de polynucléaires.

La persistance de la lymphocytose, longtemps après la disparition des symptômes aigus, pourrait peut-être faire craindre le passage à l'état chronique.

Si la première ponction d'un liquide céphalo-rachidien amicrobien n'est faite qu'au moment de la phase

mononucléaire, on devra, pour résoudre le problème diagnostique, s'adresser à la clinique. L'atténuation des symptômes écartera l'idée d'une méningite tuberculeuse et fera porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

L'étude de la perméabilité de la méninge à certaines substances, notamment à l'iodure de potassium, semble avoir une grande valeur.

Elle n'a été positive, jusqu'à présent, que dans la méningite tuberculeuse.

Cette perméabilité n'est pas en rapport avec l'hypotonie du liquide puisque certaines méningites aiguës s'accompagnant d'une hypotonie très prononcée ne la présente pas.

La ryoscopie ne donne pas de grands résultats au point de vue du diagnostic.

L'examen d'un grand nombre de points cryoscopiques permet de se rendre compte que l'hypotonie est le partage des processus aigus et subaigus et que, dans les processus chroniques, le point cryoscopique s'éloie ne moins de la normale.

L'hypotonie est un signe commun à la méningite cérébro-spinale aiguë et à la méningite tuberculeuse ; elle ne peut servir au diagnostic différentiel.

Dans le cours des méningites cérébro-spinales aiguës l'augmentation de l'hypotonie correspondrait peut-être aux périodes d'aggravation et la diminution à une évolution favorable.

L'analyse comparée des résultats peut donc, aidée par les symptômes cliniques, fournir un précieux appoint au diagnostic des méningites aiguës, des méningites tuberculeuses et de quelques affections chroniques du système nerveux.

Elle permet de mieux concevoir la physiologie pathologique des diverses atteintes des méninges cérébro-spinales.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

L'inoculation de la tuberculose.

Le Dr GARNULT et le Dr KOCH.

M. le Dr Garnault est actuellement à Berlin, où il a eu une entrevue avec le Dr Koch. Celui-ci bien entendu, n'a pas accepté la proposition de son collègue français, estimant qu'une expérience isolée ne prouverait rien.

Le Dr Garnault n'en persiste pas moins à tenter l'épreuve de l'inoculation de la tuberculose. Voici dans quelles conditions il procédera :

« En premier lieu, dit-il, je me soumettrai après injection probatoire de tuberculine, au régime semi-lacté pendant un an, c'est-à-dire que pendant un an sans interruption, bien portant ou malade, j'ingérerai à la maison, comme unique boisson, du lait tuberculeux coupé d'une petite quantité d'eau ordinaire.

Ce régime ne sera d'autant plus facile à suivre que

je ne bois pas de vin. Bien entendu, je consommerai le lait le plus richement tuberculeux qu'il me sera possible de me procurer et dont la teneur en bacilles de la tuberculose sera déterminée toutes les semaines ou tous les quinze jours.

Malgré l'opinion du professeur Koch, je subirai tous les deux mois ou tous les trois mois une inoculation hypodermique, au niveau de l'avant bras gauche, d'une culture très virulente de tuberculose bovine dont la virulence sera contrôlée sur des veaux témoins.

Et alors, conclut-il, si, au bout d'un an, je suis indemne, je ne dirai pas comme Ricard, dans un aphorisme célèbre, "qu'un Dieu m'a protégé," mais qu'un homme dans les conditions où je me trouvais ne prend pas facilement la tuberculose bovine."

(La Petite Gironde.)

CHIRURGIE

Osteomyélite bipolaire.

par M. MOUNIER (Th. de Lyon).

Voici un important travail qui a conduit son auteur aux conclusions suivantes :

Sous le nom d'ostéomyélite bipolaire on désigne une variété d'ostéomyélite caractérisée par l'infection simultanée ou consécutive des deux régions juxta-épiphyse d'un os long, avec ou sans altération de la diaphyse.

L'étude anatomique de l'os ne nous permet pas d'affirmer d'une façon absolue le mode d'infection de ces deux régions.

L'ostéomyélite bipolaire se produit, comme l'ostéomyélite ordinaire, au cours d'une infection générale, à la suite d'une maladie éruptive, et les microbes qui la produisent sont ceux qui produisent la forme unipolaire. L'influence de l'humidité, le surmenage, etc., favorisent l'éclosion de ces accidents.

Suivant la virulence de l'agent pathogène, suivant aussi la résistance du sujet, on voit l'ostéomyélite bipolaire se traduire par des symptômes cliniques variés qui reproduisent les différents types de l'ostéomyélite ordinaire. Dans les formes suraiguës, avec les deux épiphyses, se prend en même temps la diaphyse. Les articulations voisines sont envahies et c'est d'ordinaire une véritable septicémie avec son pronostic fatal et ses complications multiples qui se déroule devant le chirurgien. Dans les formes aiguës, nous assistons à l'éclosion des deux foyers simultanés ou successifs d'ostéomyélite qui s'ouvrent souvent à l'extérieur pour fournir quelques fragments de séquestre. Souvent l'infection a frappé la diaphyse en entier et l'a nécrosée ; d'autres fois, il y a eu simplement hyperostose et oblitération partielle ou totale du canal médullaire. Dans les formes

chroniques, on observe d'ordinaire un premier foyer d'ostéomyélite aiguë, puis apparaît secondairement et insidieusement, au bout d'un temps très variable, un autre foyer dont l'existence nous est révélée, soit par une simple névralgie de l'os, soit par une évolution torpide d'un abcès qui s'ouvre ultérieurement dehors. Nous n'avons pu rencontrer qu'un cas d'ostéomyélite bipolaire chronique d'emblée. Dans un de nos cas aussi l'ostéomyélite avait revêtu une forme sarcomateuse et présentait les symptômes d'un ostéo-sarcome bipolaire.

A une telle variété clinique vont répondre des lésions anatomo-pathologiques fort diverses. Le séquestre sera fréquemment séquestre total de pandiaphysite et c'est seulement dans les formes atténuées que l'on constatera, à chacun des pôles, les lésions ordinaires de l'ostéomyélite, avec un séquestre court, plongé dans du pus et des fongosités.

Le diagnostic de semblables lésions pourra être très difficile. Dans les formes aiguës, la gravité des symptômes généraux pourra faire penser à une méningite, à une fièvre typhoïde, à une infection générale quelconque. Lorsque le diagnostic d'ostéomyélite aura été porté, c'est l'examen local qui permettra de reconnaître la double localisation de l'affection. Dans les formes chroniques, le diagnostic avec l'ostéomyélite simple peut devenir encore plus difficile ; il faudra éliminer les ostéites tuberculeuses, syphilitiques, etc., ou même l'ostéo-sarcome.

Le pronostic va découler de l'allure de l'affection, de l'âge et de la résistance du sujet. Il sera modifié aussi par les complications locales qu'on peut observer : arthrites de voisinage, luxation, fractures, etc. D'une façon générale, il reste plus grave pour les ostéomyélites bipolaires que pour la même variété d'ostéomyélite unipolaire.

Le traitement sera, avant tout, conservateur. L'amputation est la ressource dernière, sauf les cas où les accidents sont tellement graves que l'on est obligé d'y recourir d'emblée, dans l'espoir d'enrayer une affection générale. C'est à l'incision large des foyers que l'on aura plus souvent recours. Dans les formes bénignes, on interviendra séparément sur chacun des foyers ; dans les formes plus graves, il sera nécessaire d'ouvrir la diaphyse sur toute la longueur ou sur la plus grande longueur possible pour enlever le séquestre total qu'elle renferme, et par le pansement à plat de toute la région infectée, par le traitement à ciel ouvert de ces lésions, on arrivera à conserver le maximum de tissu possible et à obtenir un résultat éloigné, qui inférieur à celui de l'ostéomyélite ordinaire, n'en sera pas moins satisfaisant, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte.

Telles sont les conclusions qui nous ont paru résulter des 40 observations que nous avons pu recueillir, soit dans les hôpitaux de Lyon, en particulier dans les services de

MM. Ollier, Poncet et Nové-Josserand, soit dans la littérature médicale.

(Lyon méd.)

Les corps étrangers de la vessie. Les difficultés de la lithotritie.

par M. HARTMANN.

Nous allons, aujourd'hui, aborder la question du traitement des corps étrangers de la vessie. Ceux-ci sont de nature extrêmement variable et les causes de cette variabilité sont les mêmes que celles que nous avons indiquées à propos des corps étrangers de l'urèthre, ce sont : des haricots, des tuyaux de pipe, des fragments de bougies, etc. Vous concevez, par suite, que le mode d'extraction sera lui-même variable. Si, en effet, vous avez un corps étranger broyable, vous agirez comme pour un calcul ; si vous avez, par contre, un corps étranger flexible, malléable, comme un morceau de cuir, de bougie, vous vous servirez d'un crochet que M. Guyon a fait construire. Cet instrument est constitué par une tige et un crochet qui se recourbe jusqu'à rejoindre l'axe de la tige ; de cette façon, on ne risque pas de blesser les parois de l'urèthre lorsqu'on retire l'instrument. Si vous n'avez pas ce crochet, vous pourrez employer un petit lithotriteur à mors plats.

Lorsque vous vous trouvez en présence d'un corps dur, long, pas friable, comme un fragment de sonde, par exemple, vous ne pouvez plus songer aux instruments précédents, car le corps long viendrait butter contre les parois de la vessie. Il faut que vous le saisissiez par son extrémité, mais cela n'est pas facile ; en effet, les corps étrangers, dès qu'ils ne dépassent pas huit centimètres, s'accommodent avec la vessie. Je vous ai dit que la vessie variait de dimensions dans tous ses diamètres, sauf dans son diamètre transversal ; celui-ci reste fixe. Or, les corps étrangers qui ne dépassent pas la longueur de ce diamètre transversal finissent par s'y placer et par y subsister, de sorte qu'on saisit le corps étranger transversalement. Aussi a-t-on construit, pour les extraire, un instrument très ingénieux qui permet de les saisir et de les amener toujours dans la même situation, quelle que soit leur position. Les deux mors de la pince à laquelle je fais allusion en ce moment sont disposés de façon à amener toujours les corps étrangers dans l'axe de l'instrument. Les mors, en effet, présentent une obliquité voulue qui détermine le mouvement de bascule nécessaire, il n'y a qu'à rapprocher simplement pour cela les mors de la pince. On fait alors mouvoir une petite fourche qui pousse peu à peu le corps étranger en avant de manière à amener une des extrémités du corps étranger vers le talon des mors de la pince.

Tels sont les différents moyens qu'on a à sa disposition pour enlever les corps étrangers récents, introduits depuis peu de temps dans la vessie. Mais les corps étran-

gers introduits depuis longtemps déterminent des phénomènes inflammatoires ; les matières calcaires, phosphatiques de l'urine sont précipitées et recouvrent ces corps étrangers, et alors les moyens précédents ne suffisent pas. Il faut, dans ce cas, les broyer ou les extraire par voie hypogastrique, si vous ne pouvez faire la lithotritie.

J'en arrive à la lithotritie elle-même. C'est là une opération extrêmement simple entre les mains de M. Guyon. Pour moi, je trouve qu'elle est beaucoup plus difficile qu'il ne le dit, il faut en avoir l'habitude, de l'habileté particulière qu'a M. Guyon pour penser comme lui. Je l'ai vu pratiquer par d'autres opérateurs qui n'étaient pas les premiers venus et j'ai constaté qu'elle n'était pas aussi facile qu'elle paraît l'être. Il faut donc procéder méthodiquement.

Il y a dans certains cas des soins préalables. Si, par exemple, un malade a en même temps un rétrécissement du méat, il faut faire la méatotomie ; si l'urètre est rétréci, il faut faire d'abord la dilatation de l'urètre pour permettre l'introduction de l'instrument. De même, si l'urètre est dur, sans être rétréci, la sonde, à demeure pendant vingt-quatre heures, l'assouplira. Si la vessie est infectée, il faut la désinfecter dans une certaine mesure, vous ferez donc des inhalations de nitrate d'argent pour ne pas amener de distension, et, par suite, de révolte de l'organe. S'il y a des contractions violentes de la vessie, faites au préalable, la veille par exemple de l'opération, un lavement laudanisé. Il faut, en effet, éviter toutes les difficultés qui peuvent gêner l'opérateur, et les précautions que je viens de vous indiquer sont loin d'être inutiles.

Quelles sont donc ces difficultés qui peuvent se présenter ? D'abord, vous serez quelquefois gênés pour introduire l'instrument au moment d'efforts de vomissements, par exemple au début de la chloroformisation, il faut alors attendre que le périnée ne se contracte plus. Une autre complication, c'est l'ensablement de l'urètre au moment où le broiement est fait et où on va évacuer les débris : pour l'éviter, il ne faut jamais retirer le lithotriteur qu'au moment où le malade est bien calme et il faut introduire immédiatement l'évacuateur. Si le canal est ensablé, il faut y introduire de l'huile, faire ce que vous pourrez, mais vous aurez des difficultés.

Il peut arriver encore que le calcul, étant trop gros, se trouve suspendu par la vessie contractée, il faut alors le saisir au sommet de la vessie en dirigeant l'instrument de ce côté, en abaissant son manche. Il faut tenir compte également des déformations vésicales, soit anatomiques, soit physiologiques ; chez certains malades, dont la prostate est très développée, il y a un bas-fond vésical où le calcul doit être saisi. Il faut alors élever le manche de l'instrument de manière à aborder le calcul.

Mais ce qui gêne surtout dans la lithotritie, ce sont les déformations physiologiques qui résultent des contractions de la vessie ; contractions totales qui chassent

le liquide entre le lithotriteur et la paroi urétrale, ou opère à sec, c'est difficile, mais on y arrive ; contractions partielles qui déterminent dans la vessie de petites logettes où se niche le calcul. C'est ce qui fait croire à l'existence de pierres dans les cellules vésicales, chose, en réalité, exceptionnelle. Dans ce cas, si on fait donner plus de chloroforme, si on attend un peu, la contraction partielle cesse, mais cela n'arrive pas toujours, aussi est-on obligé parfois d'aller saisir le calcul, dans sa loge et de faire une seconde séance lorsqu'on ne réussit pas à le broyer complètement.

Il peut enfin y avoir d'autres difficultés au moment de l'évacuation. Un fragment de calcul peut oblitérer l'œil de l'évacuateur. Il peut y avoir en outre mauvaise position de la sonde. L'évacuation ne se fait pas. Une complication réelle, rare, il est vrai, c'est l'oblitération de la sonde par un caillot. Il faut alors l'aspirer directement par la seringue, comme je vous l'ai indiqué lors de l'évacuation des caillots de la vessie.

(*Indep. méd.*)

Recherches anatomiques sur les lymphatiques du sein par ELSNER (Arch. f. klin. Chir.)

En s'appuyant sur ses recherches anatomiques, l'auteur arrive à conclure que dans l'extirpation du cancer du sein, il faut toujours enlever la portion sternale du grand et du petit pectoral, afin de pouvoir sûrement extirper la totalité des ganglions axillaires, sous-pectoraux et sous-claviculaires. De plus, si le processus est tant soit peu avancé, il ne faut pas hésiter à pratiquer la résection temporaire de la clavicule dans le but d'extirper les ganglions sus-claviculaires qui, souvent, sont déjà infectés.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

De la suture de la vessie après la taille hypogastrique.

par KUKULA (Arch. f. klin. Chir.)

En commentant ses recherches cliniques et bactériologiques sur la suture de la vessie, l'auteur arrive à conclure que, dans les cas où l'urine est stérile, la suture de la vessie à deux étages constitue la méthode la plus rationnelle. Chez les enfants, chez lesquels on peut craindre l'infection des sutures par des germes extérieurs, il est en outre indiqué de faire la suture complète de la paroi abdominale. Cette suture de la paroi abdominale peut se faire encore chez les adultes dont les voies urinaires sont normales et qui ne présentent pas de développement abondant de tissu adipeux dans la cavité de Retzius. Toujours et dans tous les cas, il faut éviter la sonde à demeure, à laquelle, quand l'indication existe, il faut préférer le cathétérisme.

Dans les cas où l'urine renferme des bactéries tout dépend de la nature de celles-ci. S'il s'agit d'une monoinfection à bactéries avirulentes ou peu pathogènes, on peut tenter la suture : si les bactéries sont très pathogènes, il faut renoncer à la suture. Il faut également renoncer à la suture quand il s'agit de cystite avec infection mixte de la vessie.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Vagin double et double uterus.

M. Hirigoyen lit l'observation d'une malade présentant un vagin double et un double utérus. C'était une fille de vingt cinq ans qui, réglée de bonne heure, n'avait pas vu ses règles se produire de treize à dix-sept ans.

A dix-sept ans, elles s'étaient montrées et avaient reparu régulièrement jusqu'au début de la grossesse qui l'amena à l'hôpital.

Au toucher vaginal, on trouve une cloison antéro-postérieure, et un peu oblique à droite, deux vagins et deux cols identiques comme volume et comme consistance. La grossesse s'était produite du côté droit et ce n'est qu'après la délivrance que M. Hirigoyen fit la section de la cloison.

(Soc. d'obst. de Bordeaux.)

RHEAUME.

L'hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'uterus.

par M. DELAGE. (Th. de Paris.)

Dans une excellente thèse, M. Delage reprend la question si discutée du traitement des annexites par l'hystérectomie.

En présence de l'insuffisance des résultats éloignés de l'oophoro-salpingectomie abdominale, de l'hystérectomie vaginale appliquées au traitement des lésions inflammatoires des annexes, il convient de pratiquer une opération plus radicale.

L'hystérectomie abdominale permet d'enlever les lésions en totalité, de nettoyer le petit bassin de toutes les parties malades et de ne refermer l'abdomen qu'après avoir recouvert le plancher pelvien de péritoine sur toute sa surface.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale est plus facile, plus simple, plus courte que l'hystérectomie totale qui donne cependant de bons résultats et qui est indiquée dans les cas très suppurés où l'on veut établir un drainage vaginal ou abdomino-vaginal.

L'hystérectomie vaginale est à rejeter pour tous les cas d'annexites même suppurées, même en période aiguë, et ne doit exister que pour ouvrir une voie d'écoulement

aux collections suppurées du petit bassin dans les cas d'extrême urgence où l'état de la malade ne permet pas une intervention abdominale, dans ces cas si rares d'abcès pelviens de Landau.

Les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale dans les cas d'annexite sont supérieurs à ceux de toutes les autres opérations qui ne sont pas moins meurtrières.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTETRIQUE

Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite.

par M. ROCHE (Th. de Paris.)

Parmi les femmes qui allaitent, un grand nombre, près de la moitié, voient leurs règles réapparaître au cours de leur nourriture.

Dans la plupart des cas cette réapparition réentend sur la santé du nourrisson.

Les quelques analyses faites par M. Roche ont montré que l'extrait sec de beurre était augmenté au moment de la période cataméniale dans beaucoup de cas.

L'analyse des troubles observés autorise quelques hypothèses :

a) La perte de poids constatée seule est explicable par une diminution simple de la sécrétion lactée.

b) La perte de poids avec vomissements et diarrhées permet de penser à une alimentation trop copieuse, et pourrait cadrer avec les cas où le beurre est augmenté dans de notables proportions.

c) Quant aux éruptions eczémateuses, elles semblent également en rapport avec une alimentation trop riche.

L'apparition des règles n'est pas une contre-indication de l'allaitement, mais c'est presque toujours un indice que la sécrétion lactée tend à se tarir.

La benignité habituelle des accidents excuse une thérapeutique expectante.

Dans les cas où la diminution de poids étant le seul signe de réaction de l'enfant, il y a lieu de penser à un déficit alimentaire, on pourrait essayer de le combler en ajoutant à son régime, pendant la durée des règles, et au besoin après, une certaine quantité de lait stérilisé.

Dans les cas, au contraire, où l'intolérance du tube digestif plaide en faveur d'un excès alimentaire, ne pourrait-on pas essayer de rétablir l'équilibre en réduisant l'alimentation par des tétées moins longues ?

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

L'endométrite à microbes pendant la grossesse et la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

par ALBERT.

Ce travail fait à la clinique [du professeur Léopold (de Dresde)] aboutit aux conclusions suivantes :

1) Le vagin contient toujours des bactéries ; et celles qu'on rencontre dans un vagin sain sont des bacilles de Döderlein.

2) Chaque fois que dans un vagin ont trouvé des bactéries autres que les bacilles de Döderlein, l'organe doit être considéré comme malade, quand même ses sécrétions se présentent à nous comme normales.

3) Les bactéries du vagin peuvent infecter la cavité cervicale et la cavité utérine à tous les moments de la vie, mais principalement au début de la menstruation. Cette infection vaginale ou cervicale, ou utérine, peut devenir latente après un stade aigu de courte durée.

4) La conception est possible en cas d'infection latente, et c'est à cette endométrite microbienne latente qu'on doit attribuer une grande partie d'avortements et d'accouchements avant terme, ainsi que les accidents septiques consécutifs aux avortements et aux accouchements normaux, les infarctus et les adhérences du placenta parfois la néphrite et les vomissements.

5) A titre prophylactique, on peut recommander, en dehors de la grossesse, le port d'un pantalon fermé se boutonnant sur les côtés, comme garantie contre la poussière soulevée par les robes. S'il existe un écoulement qui témoigne de l'existence d'une endométrite latente, celle-ci doit être soigneusement traitée. Ce traitement devient de rigueur si la femme devient enceinte.

6) Pendant l'accouchement, l'antisepsie et l'asepsie seront rigoureusement établies. Après l'accouchement, la malade sera couchée de façon à avoir le bassin surélevé (de 20 à 45°) afin que les sécrétions utérines s'écoulent librement dans le vagin.

(Ibid)

De l'oligo-amnios.

par M. MEZGER (Th. de Paris).

L'oligo-amnios étudié par M. Mezger est primaire et secondaire. Celui-ci ne se distingue du premier que par l'hydrorrhée amniotique et la rareté des déformations fœtales.

L'oligo-amnios primaire produit deux ordres de symptômes. Du côté de la mère on trouve une grossesse plus douloureuse, un ventre irrégulier, très peu développé, dur et accolé au fœtus, rendant la palpation très difficile, une absence presque complète de la poche des eaux, des positions vicieuses de l'enfant (15 p. 100 de présentations de l'épaule) et peut-être quelquefois des ulcérations. Différentes parties du corps peuvent s'être arrêtées dans leur développement.

Les causes de l'oligo-amnios secondaire ne sont autres que celles des ruptures prématurées basses ou élevées des membranes. Il faut donc mentionner avant tout le *placenta prævia*. D'autres causes sont le traumatisme, la minceur des membranes, l'hydramnios, la grossesse gémellaire.

La cause de l'oligo-amnios primaire est dans 14 p. 100 des cas l'anurie chez l'enfant, dans 5 1/2 p. 100 des cas la disposition de l'œuf. Enfin, dans 80 1/2 p. 100 des cas, on doit se demander si l'anomalie de l'œuf n'est pas liée à un développement vicieux sur un terrain diathésique, dans le cas d'arthritisme par exemple.

Le défaut de liquide amniotique gêne la libre expansion des tissus, des organes de l'enfant, et il peut en résulter des déformations plastiques plus durable que celles qui prennent naissance lors de son passage à travers les filières pelvi-génitales.

(Ibid.)

PEDIATRIE

De l'arthrite cervicale rhumatismale chez l'enfant.

par M. le Dr Lucien RENAUD (Th. de Paris).

Les observations publiées jusqu'à ce jour sous le nom de torticolis musculaire rhumatismal ne permettent pas d'attribuer, d'une façon certaine, à une lésion des muscles du cou les symptômes décrits par la clinique. Un très grand nombre d'observations plus complètes démontrent, au contraire, que dans les affections de ce genre, certaines articulations des vertèbres entre elles sont le siège d'arthrites sans doute rhumatismales. Il convient donc, au moins jusqu'à plus ample informé, de substituer à la description du torticolis musculaire rhumatismal celle de l'arthrite cervicale rhumatismale. Cette opinion, soutenue par M. le professeur Lannelongue en 1894, a reçu depuis l'appui de MM Robin, Marfan, Grancher et Broca.

Cette affection débute toujours par une phase aiguë (arthrite aiguë rhumatismale), qui laisse après elle des déformations osseuses, des attitudes vicieuses, et se complique même quelquefois de réactions musculaires tendineuses.

Passée à la période de chronicité, elle présente dès lors un complexus symptomatique, dont l'attitude vicieuse et les rétractions des muscles sont les lésions les plus apparentes, ce qui explique la théorie musculaire en faveur.

Dans la phase aiguë, le diagnostic est en général facile.

Dans la phase chronique, les commémoratifs devront être minutieusement recherchés, afin de reconnaître l'existence de la première période aiguë de l'affection. Il conviendra également d'établir un diagnostic souvent

délicat entre cette arthrite rhumatismale, les autres sortes de torticolis et le mal de Pott.

Le pronostic de l'arthrite cervicale rhumatismale étant assombri par les déformations et les attitudes vicieuses ultérieures, il conviendra, toutes les fois que les symptômes seront suffisamment accentués, de lui opposer d'abord un traitement immobilisateur en bonne position. La médication interne, identique à celle des autres affections rhumatismales, complétera utilement le traitement.

(Gaz. des hôp.)

La marche normale et les causes du retard de la marche chez l'enfant.

par M. THIOLLIER (Th. de Paris)

M. Thiollier aboutit aux conclusions suivantes : Un enfant normal marche vers l'âge de 12 mois. Des statistiques publiées jusqu'ici ne donnent pas ce résultat parce qu'elles sont prises dans le milieu hospitalier, qui ne peut pas servir de base pour juger des enfants normaux. Tout retard de la marche doit être considéré comme pathologique. S'il n'est que de peu de temps, la cause en sera le plus souvent dans un trouble de la nutrition. Dans l'immense majorité des autres cas, on en trouvera l'explication soit dans les troubles de la nutrition (rachitisme, atrophie infantile, faiblesse congénitale, myxœdème, hérédo syphilis) soit dans des affections de l'appareil locomoteur (malformations telles que luxation congénitale de la hanche, de la rotule, pied-bot, — affections aiguës ou chroniques des os) — soit enfin dans des affections du système nerveux. (Maladie de Little, paralysie infantile, spina-bifida, encéphalocèle, etc.)

(Gaz. hebdomadaire. méd. chir.)

MALADIES VENERIENNES

A propos de la verole d'emblée.

par M. LÉCULIER (Th. de Paris).

M. Léculier a rassemblé les faits qui établissent l'existence de véroles sans accidents primitifs ; ce qui n'a rien d'étonnant, car le processus syphilitique se manifeste ainsi dans la syphilis conceptionnelle, dans la syphilis placentaire.

Dans tous ces cas, infection d'emblée, infection conceptionnelle, infection placentaire on a voulu voir des syphilis sanguines. Mais l'infection normale qui serait d'après les auteurs une syphilis purement lymphatique, paraît à M. Léculier progresser par les deux voies, sanguine et lymphatique.

Les syphilis d'emblée se produiraient dans trois circonstances :

a) Lorsque la place de l'inoculation a été réséquée.

b) Lors d'une inoculation profonde, inoculation sanguine du virus.

c) Enfin, l'imprégnation spermatique serait en cause dans les autres observations.

Dans le premier de ces cas, l'inoculation étant normale, l'évolution, en dehors de l'absence du syphilome primitif, ne doit pas différer du processus ordinaire.

Dans les deux autres, étant donnée l'absence de défense lymphatique, le pronostic doit être plus sévère.

Malgré l'absence de chancre, l'infection n'existe donc pas moins ; il est également à ce point de vue de peu d'importance que les accidents secondaires se manifestent d'autre part tous ces signes varient suivant l'état de la peau ou de la muqueuse où ils siègent, ils semblent en un mot dépendre de facteurs extrinsèques à la syphilis : pour toutes ces raisons on peut se demander si les succès des inoculations aux animaux ne tiennent pas à ce que l'on s'est attaché à rechercher chez eux les mêmes accidents cutanés que chez l'homme.

Et à ce point de vue, M. Léculier pense qu'il aurait intérêt à diriger les recherches sur les lésions et les signes constants de la syphilis : sur le sang et les artères des animaux, sur les lésions viscérales et osseuses.

(Gaz. hebdomadaire. méd. chir.)

Formule pour le traitement général de la syphilis par les lotions au sublimé.

par M. le Dr TREVES.

Sublimé corrosif.....	1 gr.
Alcool officinal	100 gr.
Eau.....	10 gr.

Au moyen d'un gros pinceau de coton, faisant office d'éponge, le malade se lotionne avec ce liquide toute la surface du corps, en évitant les muqueuses et les plis profonds de la peau, et il attend pour se rhabiller que l'évaporation de l'alcool se soit effectuée complètement. Ces lotions sont répétées tous les deux jours.

On a, dans la formule ci-dessus mentionnée, ajouté 10 grammes d'eau à la solution alcoolique de sublimé en tenant compte de ce fait, établi par les recherches de MM. Krœnig et Paul, que le bichlorure de mercure est mieux absorbé par la peau en solution alcoolique hydratée que s'il est dissout dans l'alcool absolu.

(Bull. méd. — Gaz. méd. belge)

Thérapeutique et Matière Médicale

Pommades

Suivant la définition donnée par le Codex, le mot

pommade est consacré par l'usage pour désigner des médicaments d'une consistance ordinairement molle et qui ont pour base soit l'*axonge* simple ou benzoïnée, soit un mélange de corps gras, soit un carbure d'hydrogène, dit *pétroléine, vaseline, etc.*

A côté de l'*axonge* qui, pendant longtemps, a été le seul véhicule employé pour la confection des pommades, les corps gras les plus usités sont : la moelle de bœuf, le suif de mouton, la graisse de veau, le beurre, l'huile d'olive, l'huile d'amandes douces et surtout la *lanoline*, récemment introduite dans la pharmacopée.

Quelques mots seulement sur les propriétés des principales substances employées parmi celles que nous venons d'énumérer.

L'*axonge* est préparée par fusion de la panne et de la graisse de l'épiploon de porc. Comme cette substance grasse est très sujette à rancir au contact de l'air, on ajoute 5 grammes de teinture de benjoin par kilogramme d'*axonge* pour assurer sa conservation : c'est ce qu'on appelle l'*axonge benzoïnée*.

La *lanoline*, matière grasse extraite du suint de mouton, offre sur l'*axonge* l'avantage d'être beaucoup moins susceptible de rancir et de donner, comme l'*axonge*, naissance à des acides gras qui irritent la peau et décomposent les substances chimiques entrant dans la composition des pommades. La *lanoline* a encore le pouvoir intéressant d'absorber jusqu'à une fois son poids d'eau et de constituer des pommades très adhérentes à la peau.

La *vaseline* possède des qualités précieuses qui la font souvent préférer aux autres substances grasses. Elle est neutre, n'a pas d'odeur, est inaltérable au contact de l'air et de la lumière et, par suite, ne fait subir aucune modification aux substances qui lui sont incorporées.

Quelle influence ces divers excipients ont-ils sur le pouvoir absorbant de la peau vis-à-vis de certains médicaments qui entrent dans la composition des pommades ? Les avis sont partagés sur ce point. Les uns admettent que l'*axonge* imbibé rapidement l'épiderme et permet ainsi de faire absorber une substance active par la peau et à l'appui de cette manière de voir ils citent l'exemple de la pommade mercurielle. D'autres, au contraire, prétendent que l'épiderme ne peut être traversé par les substances incorporées dans les corps gras, à moins que ces substances ne soient volatiles et ils soutiennent que l'influence exercée sur le pouvoir absorbant de la peau privée d'épiderme vis-à-vis de ces substances va en décroissant de la *vaseline* à l'*axonge*.

Rappelons à ce propos quelques expériences contradictoires sur le pouvoir absorbant de la peau. MM. Li. nossier et Launois ont démontré que la peau saine absorbe d'une façon constante et régulière les corps volatils et ceux qui, malgré un point d'ébullition élevé, possèdent une certaine tension de vapeur à la température ordinaire. La peau n'absorberait, au contraire, ni les substances dissoutes, ni les solides, ni les liquides, à moins

qu'il n'y ait effraction de l'épiderme. Cependant M. Galland a prouvé que la peau peut absorber des doses relativement considérables d'iodures de sodium ou de potassium.

L'addition de certaines substances aux pommades peut augmenter le pouvoir absorbant de la peau en servant à ramollir et à déterger l'épiderme qui peut être un obstacle à cette absorption. Ex. : le carbonate de potasse dans la pommade d'Helmerich.

Ajoutons encore que d'après Koch presque tous les corps gras diminuent la puissance antiseptique de certaines substances. Seule la *lanoline*, d'après Breslauer, n'entrave pas cette action.

Ces notions pourront guider le médecin dans le choix de l'excipient qu'il devra indiquer dans ses formules suivant le mode d'action recherché. Si les substances qu'il se propose de faire absorber par la peau sont volatiles il pourra prendre indifféremment comme excipient de la *vaseline*, de l'*axonge* ou de la *lanoline* ; si ces substances sont solides, tels que KI, il choisira l'*axonge* et mieux encore la *lanoline* qui, comme nous venons de le voir plus haut, a la propriété d'absorber une certaine quantité d'eau dans laquelle certaines substances sont solubles. Si l'action recherchée doit être superficielle et consiste, par exemple, à lubrifier les muqueuses ou à faire un pansement, il sera préférable d'employer la *vaseline* qui forme un enduit imperméable et n'est pas irritante.

On peut diviser les pommades en pommades *magistrales*, faite extemporanément sur ordonnance du médecin et en pommades *officinales* qui existent toutes préparées dans les officines des pharmaciens.

Au point de vue pharmaceutique, on les divise en trois séries, suivant leur mode de préparation.

- 1° Les pommades par simple mélange ;
- 2° Les pommades par solution ;
- 3° Les pommades par combinaisons chimiques.

Quel que soit le mode de préparation, la qualité essentielle qui doit être exigée d'une pommade est sa parfaite homogénéité.

Pour préparer les pommades par simple mélange, on triture avec les excipients énumérés plus haut, dans un mortier de porcelaine, de marbre, de verre ou d'agate, ou sur un porphyre, les substances médicamenteuses (en poudre ou en solutions concentrées dans l'eau, l'alcool, la glycérine ou l'huile), jusqu'à ce que l'on ait obtenu une masse bien homogène. Exemple : pommades mercurielles, pommade soufrée, pommade épispastique verte, *vaseline* boriquée, pommade stibiée, pommade d'iodure de potassium, d'oxyde rouge de mercure.

Les pommades par solution s'obtiennent par solution simple à froid ou à chaud, par macération, par digestion ou par coction. Ces pommades ont l'avantage d'avoir une homogénéité parfaite. Exemple : pommade camphrée, pommade au salol et au salol camphré, pommade

au chloroforme, pommade de bourgeons de peuplier ou onguent populeum, pommade aux concombres, pommade épispastique jaune, baume nerval.

Dans les pommades par combinaisons chimiques, les substances actives ajoutées aux matières grasses réagissent sur elles pour donner naissance à des combinaisons chimiques. Exemple : pommade citrine.

(BRETONNEAU et DESEQUELLE, in *Bulletin méd.*)

BIBLIOGRAPHIE

Conférence pour l'Externat des Hôpitaux, par SAULIEU et DUBOIS. *Anatomie*. 1 vol. in 8 de 370 pages, avec 277 figures. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris..... 8 fr.

En publiant ces *Conférences*, MM. Saulieu et Dubois ont voulu avant tout être utiles aux candidats qui préparent l'externat des hôpitaux.

Ils ont réuni les questions les plus fréquemment posées au concours, ou celles qui sont le plus susceptibles d'y être demandées.

C'est ainsi qu'en *Anatomie descriptive* ils étudient : Les os, clavicule, omoplate, os humérus, de l'avant-bras, os iliaque, fémur, temporal, maxillaires, etc. Les articulations de l'épaule, du coude, coxo-fémorale, tibio-tarsienne, etc. Les muscles de l'épaule, de l'avant-bras, de la cuisse, etc. Les artères axillaires, humérale, de la main fémorale, de la jambe, du pied, etc. Les veines du membre supérieur et du membre inférieur, etc. Les nerfs médian, radial, cubital, crural, etc.

En *Anatomie topographique* ils traitent les rapports de l'œsophage, des poumons, de la trachée, du cœur, du foie, de l'estomac, du cœcum, du rectum, etc.

C'est d'ailleurs la matière la plus ordinaire des examens dans les Facultés et dans les Ecoles de médecine.

Ils ont voulu donner aux candidats le moyen d'utiliser leurs connaissances, et leur montrer comment ils devront, pour une question donnée, établir leur plan et bien proportionner les différentes parties du sujet proposé.

Ils ont cherché à les convaincre de la nécessité d'établir ce plan où ils devront enfermer leur sujet et qu'ils auront constamment à la pensée pendant la durée de l'épreuve orale, s'ils veulent faire la question d'une manière claire, complète et intéressante.

Ils désirent que ces plans leur servent aussi de livre de révision où, rapidement, dans les jours qui précéderont le concours ou l'examen, ils puissent se remémorer et classer méthodiquement leurs connaissances anatomiques.

Disséminées dans le texte, se trouve un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont

destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture. Les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

FORMULAIRE

Traitement des vaginites.

(LUTAUD).

Injections chaudes d'eau de pavot ou de graines de lin additionnées d'acide borique, ou de borate de soude.

Une cuillerée pour 1 litre d'eau de la mixture suivante :

Résorcine à.....	2 p. 100
Acide salicylique à.....	2 p. 1000
Sulfate de cuivre à.....	3 p. 1000
Naphtol B à.....	0,25 p. 1000

Appliquer tous les 2 jours un tampon d'ouate hydrophile imbibée de :

Salol.....	3 à 8 gr.
Glycérine neutre.....	250 gr.

Suppositoires vaginaux :

Acétanilide.....	1 gr.
Tanin.....	0 gr. 50
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 35
Sucre de lait pulvérisé.....	10 gr.

Mélez. Pour un suppositoire vaginal.

Eduire le suppositoire avec de la vaseline avant de le placer dans le vagin :

Bleu de méthylène.....	5 gr.
Alcool.....	15 gr.
Potasse.....	0 gr. 30
Eau.....	200 gr.

(*J. de méd. de Paris.*)

Teinture de galega

Extrait de galéga.....	20 gr.
Alcool à 30°.....	200 gr.

Faites dissoudre et filtrez.

Mode d'action : Augmente et favorise la sécrétion lactée.

Doses et mode d'emploi : De 3 à 6 cuillerées à potage chaque jour dans une tasse de fenouil, après le repas.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Revue des journaux

MEDECINE

La péritonite tuberculeuse aigue simulant l'appendicite.

D'après M. AUGUSTE ROUSSEAU (Th. de Paris.)

A côté des formes classiques de la péritonite tuberculeuse aiguë (granulie péritonéale et tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë), il faut admettre une forme clinique qui, par son mode de début, son évolution et sa localisation anatomique, simule l'appendicite franche. Cette forme mérite le nom de type *pseudo appendiculaire*.

Au point de vue clinique, la tuberculose péritonéale aiguë pseudo appendiculaire peut survenir chez des gens jouissant d'une excellente santé apparente, ainsi que M. Rousseau a pu le relever dans deux des observations de sa thèse. Néanmoins, il est rare qu'un interrogatoire attentif, en remontant dans le passé, n'arrive pas à retrouver quelque trouble dans le fonctionnement de tel ou tel organe de l'économie. Chez les uns, c'est un embarras gastrique persistant; chez tel autre, des bronchites fréquentes avec des antécédents suspects, chez un troisième, tout un passé de coliques et de troubles intestinaux. Une fillette atteinte de la forme de péritonite tuberculeuse, dont il est question, ne présentait aucune maladie antérieure nette, mais elle était "délicate et nerveuse." Enfin, dans deux cas, et ceci est des plus intéressants, on notait des symptômes broncho-pulmonaires : une fois une pleurésie antérieure de quinze mois et dans l'autre une congestion pulmonaire qui s'était déclarée trois semaines auparavant et qui, au moment de la crise péritonéale, n'offrait déjà plus aucun signe d'auscultation.

Quoi qu'il en soit, que l'affection surprenne l'individu en pleine santé ou un sujet déjà atteint de lésions pathologiques, son début est toujours brusque, brutal même.

Des douleurs vives ouvrent la scène. Tantôt ce sont des douleurs généralisées à tout l'abdomen qui se limitent peu à peu et finissent par se cantonner de façon un peu vague dans la région hépatique ou dans la fosse iliaque droite : tantôt, dès le début, elles se fixent d'une manière précise au point de Mac Burney.

En même temps vomissements, état intestinal se traduisant soit par de la diarrhée, soit par de la constipation. On observe en général peu de fièvre, autant que l'on en peut juger par les observations qu'a pu réunir l'auteur (37°4, 38 degrés, 38°5); le pouls est rapide, aux environs de 120; il existe donc une sorte de dissociation entre la température et la fréquence du pouls qui

est, en outre, petit, dépressible et parfois intermittent. Le faciès peut rester bon, la langue est sèche, blanchâtre, avec un liseré rouge sur les bords. La palpation dénote de la défense de la paroi et, profondément, un léger empâtement.

Au point de vue de son évolution, la maladie peut alors revêtir deux aspects : tantôt celui de l'appendicite avec péritonite localisée, tantôt celui de l'appendicite suraiguë avec péritonite diffuse septique par perforation.

Ces deux formes sont caractérisées par une éruption récente de tubercules localisés au niveau du péritoine iléo-cæcal sans participation du cæcum ni de l'appendice.

L'infection tuberculeuse paraît atteindre la séreuse surtout par la voie sanguine : la voie lymphatique et la voie intestinale sont moins fréquentes.

Au point de vue du diagnostic, on doit tenir compte : a) du passé pathologique du malade et en particulier des poussées congestives pulmonaires ou pleurales; un examen attentif permettra parfois d'en retrouver des traces : b) de l'existence de phénomènes d'occlusion, et en particulier de vomissements fécaloïdes plus marqués que dans les péritonites aiguës non tuberculeuses.

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse pseudo-appendiculaire n'est pas le même dans les deux variétés. Dans la forme qui revêt le type de la péritonite par perforation, il est presque toujours fatal; dans la variété qui simule la péritonite localisée, il est relativement bon, surtout si on a recours à une intervention opératoire.

En somme, le pronostic est à peu près le même que dans celui des deux formes d'appendicite correspondante.

Au point de vue du traitement, il semble que l'opportunité de la laparotomie dans le cas de péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite soit désormais définitivement admise. En effet, comme le dit M. Lejars, "les interventions de ce genre sont devenues fréquentes et des faits nombreux sont venus démontrer ce que nous pouvions attendre de la laparotomie, ces résultats inespérés et durables qu'elle amène en certains cas, ... interventions qui, tout en restant limitées à la simple ouverture du ventre et à l'évacuation d'un peu de liquide, n'en sont pas moins suivies en général d'une sédation rapide des accidents."

(Gaz. des hôp.)

Contribution à l'étude des troubles oculaires dus aux parasites intestinaux.

par M. BATARD (Th. de Paris.)

M. Batard montre qu'il existe des accidents oculaires uniquement dus aux parasites intestinaux, ténias, lombrics, anchylostomes.

Ces accidents peuvent aggraver les lésions préexistantes qui ne guérissent qu'après l'élimination des parasites.

Ce sont des accidents surtout réflexes.

On les rencontre dans toutes les parties de l'œil. Ils y provoquent des troubles fonctionnels du côté de la paupière, de la cornée, des muscles, du nerf optique, et de la rétine.

On doit penser à la présence des vers intestinaux toutes les fois qu'une affection oculaire, au lieu de présenter les caractères ordinaires d'une maladie clinique bien définie, s'en distingue au contraire par sa soudaineté et l'étrangeté de son allure.

Quand une affection ne guérit pas par la thérapeutique ordinairement employée, il faut songer à la possibilité de parasites intestinaux comme cause occasionnelle.

Il sera toujours utile, dans les cas douteux, d'administrer une médication anthelminthique.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

Méningisme grave — Injections de serum de Marmoreck — Guerison.

par COULON et A. HALIPRÉ.

Il paraît peu probable que nous ayons assisté à l'ébauche d'une méningite tuberculeuse. Il est rare, il est vrai, d'observer à cet âge le type classique de la méningite tuberculeuse ; mais un trop grand nombre de symptômes cardinaux faisaient défaut pour que ce diagnostic fût maintenu. Si le doute avait été possible au début, l'évolution de l'affection suffirait, à défaut d'autre considération, pour écarter cette hypothèse.

— Les troubles réflexes méningés de la pneumonie du sommet sont connus. Ce sont habituellement des troubles initiaux. Ils cessent avec l'éclosion de la maladie. Et, c'est le contraire qui s'est produit chez notre petite malade. C'est au moment où l'amélioration de l'état pulmonaire s'affirmait, au moment où l'on pouvait escompter une guérison prochaine, que les troubles méningés apparurent.

— Le début soudain des symptômes méningés, l'élévation de la température, les phénomènes moteurs, tout faisait penser à une localisation de l'agent microbien sur la zone motrice des hémisphères. Préciser la nature de l'agent microbien ne parut point chose aisée. L'idée d'une infection à streptocoques ne s'imposait guère, étant donnée la courbe de la température. Aussi, est ce un peu en désespoir de cause, il faut bien l'avouer, que nous avons eu recours au sérum. Le succès dépassa notre attente.

Quel fut dans ce cas le rôle du sérum ?

Si l'on écarte l'hypothèse d'une simple coïncidence entre l'emploi du sérum et l'amélioration survenue, il

faut admettre que l'infection, primitivement pulmonaire se généralisa après quelques jours, frappant gravement l'intestin. Les troubles intestinaux avaient par eux-mêmes une allure inquiétante quand éclatèrent les manifestations méningées. Dans cette deuxième phase de l'affection, le diagnostic devait être ainsi formulé : troubles intestinaux avec méningisme.

La seule conclusion que nous voulions tirer de cette observation, c'est que nous serions tentés, dans un cas de diarrhée grave, rebelle aux traitements classiques, de recourir au même mode de traitement.

Cette conclusion paraîtra sans doute légitime au moment où le *Bulletin municipal d'hygiène* nous révèle l'effrayante mortalité infantile dans la région de Rouen pendant le mois d'août dernier.

(Revue méd. de Normandie — Indép. méd.)

CHIRURGIE

Traumatismes articulaires.

M. Van Hassel (de Paturages) (Soc. belge chir.) rapporteur, adopte deux grandes classes de traumatismes articulaires ; ce sont :

1° Les contusions articulaires sans lésions cutanées : a) arthrites ; b) contusions sans luxation simple ; c) contusions avec déchirure tendineuse ; d) contusions avec luxation et fracture des extrémités osseuses et déplacements des fragments.

2° Les plaies articulaires : a) pénétrantes ; b) larges ; c) avec lésions osseuses.

L'auteur examine une troisième catégorie de lésions se basant sur la fréquence d'une complication produite par la syphilis ou la tuberculose :

3° Les arthrites diathésiques : a) syphilitiques ; b) tuberculeuses.

Ces différentes lésions sont étudiées successivement au point de vue du traitement. M. Van Hassel indique surtout sa propre pratique ; il rapporte un assez grand nombre d'observations personnelles, en ayant soin cependant de rappeler, sur ces points de la pathologie, la façon de voir des auteurs les plus autorisés.

Dans les contusions articulaires sans lésions cutanées, le traitement a souvent consisté dans l'application de teinture d'iode, de vésicatoire, de pointes de feu et parfois, mais assez rarement, dans l'immobilisation du membre. Cependant, s'agit-il d'hydarthrose chronique, d'un hématome intra-articulaire, de synovite chronique, il recommande la ponction suivie du lavage intra-articulaire par injection de solution boriquée, sublimée, formalinée, de solutions modificatrices (solution phéniquée à 5 p. 100).

Le problème se complique si la contusion s'accompagne de luxation ou de fracture des extrémités os-

seuses ; si la chose est possible, il est indiqué de réduire la luxation, de coapter les fragments et d'appliquer un bandage; de nombreux praticiens s'occupent spécialement de la fracture qu'ils laissent se consolider en bonne position, se réservant de procéder à une réduction tardive de la luxation sous chloroforme.

Dans les plaies articulaires, on pratiquera une bonne désinfection du membre, suivie de l'application d'un pansement humide antiseptique ; on interviendra chirurgicalement s'il survient de l'infection, et, suivant les cas on fera l'arthrotomie, la synovectomie ou même la résection de l'articulation (ostéo arthrite).

Si la plaie est large, on en pratiquera une antisepsie soigneuse, après l'avoir débarrassée des caillots et des corps étrangers qu'elle peut contenir par des lavages au sublimé, au formol ou à l'eau oxygénée ; on assurera le drainage de la cavité ou bien on la remplira de gaze iodofornée, attendant le moment propice pour appliquer des sutures.

L'auteur termine son travail par un certain nombre d'observations d'arthrites syphilitiques et d'arthrites tuberculeuses : les premières relèvent surtout du traitement mercuriel, les secondes comportent des traitements fort variés, pour ainsi dire personnels.

M. Depage (de Bruxelles) considère la mobilisation et le massage comme constituant le traitement rationnel des contusions articulaires. Le massage s'adressera surtout aux muscles de la région, car c'est l'atrophie de ces organes qui constitue la cause de l'impotence fonctionnelle consécutive ; c'est ainsi que dans les cas douteux, où après une contusion articulaire, le blessé accuse de l'impotence fonctionnelle du genou ; si les muscles de la cuisse ont gardé leur volume et leur tonicité normale, on peut presque toujours conclure à de la stimulation de la part du sujet.

De même, dans les anciennes luxations de l'épaule, l'impotence fonctionnelle reconnaît souvent pour cause la présence de brides fibreuses, cicatricielles, périarticulaires. C'est par des mouvements articulaires précoces, passifs et actifs, que l'on peut éviter la production de ces adhérences.

En ce qui concerne les plaies pénétrantes articulaires, il est toujours temps d'intervenir chirurgicalement lorsque des signes d'infection se dessinent.

M. Verneuil (de Bruxelles) procède comme suit, lorsque de l'infection survient à la suite d'une plaie pénétrante articulaire. La cavité articulaire étant largement ouverte, il la nettoie en tous ses recoins avec de petits tampons imprégnés d'une solution à 5 p. 100 de formaline chaude, montés sur une pince. Puis il bourre la cavité de gaze stérilisée et il applique un pansement sans faire aucune suture.

La guérison se fait par bourgeonnement et les complications (clapiers, fusées purulentes, etc.) ne sont pas à craindre.

La cicatrisation étant obtenue, les mouvements et le

massage peuvent ramener le jeu de l'articulation dans une certaine mesure.

M. Verhoef (de Bruges), appelé à intervenir dans un traumatisme grave qui avait ouvert largement les articulations médio tarsiennes et détruit une partie du calcaneum, a fait l'antisepsie de la plaie pour la remplir ensuite de lanières de gaze imprégnées de baume du Pérou; résultat excellent.

M. Hendrix (de Bruxelles) estime qu'il faut ajouter aux causes signalées par M. Depage, pour expliquer l'impotence fonctionnelle après les contusions articulaires, l'élément nerveux qui joue un rôle considérable. Fréquemment, chez les hystériques, des contractures musculaires persistent après les contusions : il est fort difficile de distinguer alors les troubles réels des troubles simulés.

M. Diederich (de Verviers) croit que, dans la clientèle, il faut viser avant tout à faire de la conservation, mais chez les travailleurs, il serait quelquefois plus avantageux d'assurer un rétablissement rapide par une amputation que de traîner de longs mois pour conserver un membre qui ne pourra rendre que de médiocres services.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Fractures du nez.

par M. T.-A. DE BLOIS (de Boston).

Les nez soi-disant cassés ne sont pas généralement de vraies fractures. Ce sont plutôt des déplacements et des dislocations des os. Ces cas doivent être classés d'après le degré du traumatisme et aussi selon les rapports qu'affectent entre elles les parties lésées. Il peut y exister soit une dislocation (non pas une fracture) des os du nez, c'est-à-dire une solution de continuité dans les os, soit une fracture de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur ou de la zygomatic. Des traumatismes peuvent également se produire au cours d'un accouchement de l'allaitement ou pendant le sommeil, à cause du contact permanent du nez, si délicat à cette période de la vie, avec le sein ou l'oreiller. Dans d'autres cas, ces traumatismes sont dus à des chutes, des bagarres, des coups ou des collisions. L'*upper-cut*, coup du boxeur, détermine une lésion de la cloison suivie de gonflement, d'un abcès possible et d'un décollement des parties sous-jacentes. Le *coup de côté* produit une double dislocation des os du nez, tandis que par le *coup droit* le bord interne du nez est reporté en bas et en dehors.

Le traitement consiste à réduire le déplacement, qui peut nécessiter parfois une anesthésie générale. Les nez plats peuvent être traités de façon à éviter des appareils extérieurs. Comme attelle interne, on peut se servir d'un petit morceau de caoutchouc formant tuyau et qu'on introduit au moyen de ciseaux étroits préalablement enduits d'une couche de graisse pour en faciliter l'ex-

traction. L'élasticité du caoutchouc agit lentement et remettra souvent en place un nez disloqué, bien qu'on doive attendre plusieurs jours pour obtenir complet l'effet désiré.

M. de Blois montre ensuite une luette double dont une partie paraissait provenir du pilier antérieur et l'autre du pilier postérieur : la première a été amputée, laissant l'autre qui donnait à l'organe un aspect parfaitement normal.

M. E. Mayer demande si M. de Blois n'a pas trouvé que des attelles internes en caoutchouc irritaient la muqueuse du nez. Lui préfère se servir de gutta-percha, que l'on peut mieux adapter à chaque cas particulier et qui est moins adhérent. Une pince très longue peut également être utilisée pour réduire des cas récents.

M. de Blois répond que le caoutchouc ne doit être gardé que provisoirement, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réduction complète.

M. Casselberry conseille d'administrer un anesthésique général pour s'assurer du diagnostic et pratiquer la réduction. Des désordres plus graves s'accompagnent de fortes douleurs et il est impossible de bien examiner des enfants sans les avoir anesthésiés. Il insiste beaucoup sur les pansements extérieurs avec l'emplâtre de Paris. Le reproche qu'on peut adresser à toute autre forme d'appareils spéciaux est qu'on les a rarement sous la main au moment voulu et qu'une fois placés, ces appareils se maintiennent difficilement à leur place. On peut mouler le visage avec du plâtre au-dessus du nez, étendre le pansement jusqu'aux oreilles, en le rétrécissant par en bas et le maintenant par des bandes passant en-dessus et en dessous des oreilles, derrière la tête. Des semblables attelles doivent être portées pendant dix jours. Comme attelles internes, on emploiera de la gaze antiseptique ; pour des lésions profondes, situées en avant dans le nez, un tube ordinaire en caoutchouc vulcanisé rendra de bons services.

M. Jonathan Wright attire l'attention sur les faits qu'on trouve dans les écrits des anciens auteurs touchant le traitement des affections nasales. Les doigts d'un enfant, des bandes fixées à des tampons sur le côté concave de la lésion, etc. tout a été préconisé et essayé. Dans un cas récent, une autorité médicale a introduit un tampon fait de poumon de mouton.

M. John Roe préfère se servir d'une mince attelle métallique à l'extérieur avec pansement intérieur. On administrera un anesthésique chaque fois que le traumatisme sera tant soit peu sérieux. Le plâtre adhésif est un admirable agent de contention.

M. H.-L. Swain attire l'attention sur la structure de la charpente du nez et dit que si l'on pouvait rapprocher assez près les deux os du nez, ils se soutiendraient l'un l'autre.

M. F.-C. Cobb a obtenu d'aussi bons résultats sans appareil qu'avec des appareils. Pendant les deux premiers jours après le début de l'affection, l'état du nez décidera

s'il y a lieu de poser un appareil ou s'il peut être laissé de côté sans danger pour le malade.

M. W.-K. Simpson préconise l'usage de l'éponge de Bernays, qui s'adapte très bien à l'intérieur du nez. Cette éponge offre à cet effet de grands avantages, étant à la fois facile à introduire et hémostatique par la pression qu'elle exerce.

M. W.-F. Chappell emploie des éponges fixées par du collodion iodoformé à une mince lanière de gutta-percha ; ce procédé simple lui a donné les meilleurs résultats.

(Méd. orientale)

Ulcerations professionnelles des mains chez les ouvriers qui travaillent les peaux et principalement chez les mégissiers, les tanneurs et les teinturiers en peaux. (Le pigeonneau)

par M. LHUILLIER (Th. de Paris.)

Dans une fort intéressante thèse, illustrée d'une série de planches très caractéristiques, M. Lhuillier décrit les ulcerations professionnelles des mains, connues sous le nom de pigeonneau, qui s'observent chez les mégissiers, les tanneurs, les chamoiseurs, les maroquiniers, etc., enfin chez tous ceux qui se livrent au travail complet des peaux, et récemment étudiées par MM. Brocq et Laubry. Elles se présentent avec une très grande fréquence dans ces professions, et sont les mêmes que celles qui ont été récemment décrites chez les teinturiers en peaux où on les rencontre presque aussi fréquemment que chez les premiers. Elles sont identiques à celles qui ont été signalées chez les plâtriers et les maçons et enfin à celles qu'on a observées beaucoup plus rarement sans doute, chez les brunisseurs ou polisseurs en orfèvrerie de ruolz et les blanchisseuses.

Cette affection est due :

1° D'abord à l'effraction de la lame cornée de l'épiderme produite par des causes multiples, au premier rang desquelles il faut placer les traumatismes professionnels, c'est-à-dire les modifications pathologiques du tégument cutané résultant de la répétition fréquente et journalière du même geste professionnel ;

2° L'action plus ou moins lente, sur les tissus ainsi mis à nu, des substances caustiques employées dans ces professions, parmi lesquelles la chaux et l'arsenic chez les mégissiers, tanneurs, etc., l'appât au bichromate de potasse chez les teinturiers, la chaux chez les brunisseurs en orfèvrerie, enfin l'eau de javelle et le carbonate de potasse chez les blanchisseuses.

En raison des complications et de l'impotence fonctionnelle qu'il peut amener, le pigeonneau mériterait de fixer l'attention des hygiénistes et des médecins.

Il serait désirable que les directeurs d'usines et les chefs d'établissements avertissent les ouvriers qu'ils em-

plioient, des inconvénients occasionnés par la manipulation des substances caustiques dont on se sert pour les besoins du travail dans ces usines ; et qu'ils prissent toutes les mesures nécessaires pour éviter, dans la mesure du possible, les pigeonneaux et les accidents qu'ils peuvent entraîner à leur suite.

D'après M. Lhuillier, le meilleur mode de traitement nous paraît être :

1° Si le pigeonneau suppure, la cessation du travail l'application de pansements humides aseptiques d'abord, puis quand la suppuration a cessé, l'emploi de poudres cicatrisantes ;

2° Si le pigeonneau ne suppure pas, après un nettoyage minutieux de l'ulcération, on comblera celle-ci avec un peu d'orthoforme, de préférence qu'on recouvrira d'un pansement occlusif à l'ouate hydrophile et au collodion, ce qui permet aux ouvriers la continuation du travail, la couche d'ouate ainsi pelliculée formant mâtelas et protégeant bien la lésion.

La prophylaxie la plus rationnelle consisterait à n'employer que des mordants ou autres substances aussi peu caustiques que possible. A défaut de cela, on devra recommander aux ouvriers d'avoir les plus grands soins de leurs mains, et de faire panser immédiatement, suivant les règles indiquées ci-dessus, les moindres éraflures ou excoarations.

On peut se servir de gants en peau huilée ou en caoutchouc parfaitement imperméables ; ils risqueraient autrement d'être plus nuisibles qu'utiles.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Contribution à l'étude du traitement des abcès urinaux

par BESSERVE.

Les abcès urinaux doivent être incisés d'une manière précoce et avant même que la fluctuation soit nette. L'intervention comporte ordinairement deux actes distincts, le traitement direct de l'abcès et le traitement du canal. Le traitement de l'abcès consiste en une incision large suivie d'un drainage soigné. Si l'abcès est entouré d'une coque de tissus sclérosés, il est indiqué d'en pratiquer la résection. Le traitement du canal peut être réalisé par la dilatation, l'uréthrotomie externe, l'uréthrotomie interne, c'est à cette dernière qu'il faut donner la préférence. Après l'uréthrotomie, on placera une sonde à demeure dans le canal et on la laissera, en la renouvelant toutefois de temps à autre (tous les 5 ou 6 jours), tant que l'urine passera en quantité notable par la fistule périnéale. Puis on pratiquera régulièrement la dilatation de l'urètre.

Au sujet de la date du traitement du canal par rapport à l'incision de l'abcès, deux méthodes sont actuellement suivies. Les uns, avec M. le prof. Guyon, ne se préoccupent pas du canal avant un délai variant de 8 à

15 jours après l'ouverture de l'abcès ; les autres, avec M. Routier, font suivre immédiatement l'incision de l'abcès par le traitement du canal ; dans ce dernier cas l'uréthrotomie interne est pratiquée dans la même séance que l'incision et une sonde à demeure est établie aussitôt ; l'A. donne ses préférences à cette pratique qui a l'avantage, d'après lui, de faire gagner du temps au malade sans l'exposer aux dangers qui lui ont été imputés, dangers qui pouvaient être à craindre avant l'antisepsie, mais qui ne le sont plus maintenant.

(*Indep. méd.*)

OBSTETRIQUE

Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales

par M. BRETONVILLE (Th. de Paris).

Par psychopathie puerpérale, M. Bretonville entend tout état morbide à prédominance cérébrale, léger ou grave, naissant à l'occasion de la puerpéralité, c'est-à-dire, en prenant ce dernier terme dans son sens le plus large, celui qui apparaît pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couche ou la lactation.

La fréquence de cette complication est relativement élevée puisqu'elle représente environ un dixième des cas de psychoses observées dans les asiles.

Les causes actuellement connues et susceptibles de donner naissance aux psychopathies puerpérales, sont multiples et variées, mais deux causes surtout priment toutes les autres ; ce sont l'éclampsie et l'infection puerpérale, dominées l'une et l'autre par l'hérédité.

Le pronostic des psychopathies puerpérales, prises en bloc, est sombre puisqu'une bonne moitié des femmes qui en sont atteintes restent incurables ou meurent.

Plusieurs facteurs influent sur le pronostic.

a) La forme mentale : la manie donne un pourcentage de guérisons supérieur au pourcentage donné par la mélancolie ;

b) Le moment d'apparition : le maximum de guérisons s'observe pendant la lactation et le minimum pendant la première moitié de la grossesse, la seconde moitié donnant davantage de guérisons ;

c) Les accès antérieurs : à chaque récurrence de psychopathie ayant déjà guéri, le pronostic s'améliore ;

d) Les causes : dans les psychopathies liées à l'éclampsie ou à l'infection, le pronostic est encore aggravé autant et plus du fait de l'atteinte portée à l'état général par ces états morbides concomitants que du fait de la psychopathie elle-même.

Le traitement repose tout entier sur l'isolement des malades, réserve faite des femmes infectées.

Aux psychopathies liées à l'éclampsie et à l'infection puerpérale, on ajoutera le traitement prophylactique et curatif de ces affections.

Enfin, il sera parfois prudent de déconseiller l'allaitement et, si la psychopathie apparaît pendant la lactation, de séparer la mère de son enfant.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

L'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne.

par M. DIAMANTBERGER (Th. de Paris).

Pour M. Diamantberger, les injections intra-rachidiennes de cocaïne au cours du travail de l'accouchement produisent une analgésie parfaite de toute la zone génitale.

L'analgésie s'établit dans les premières dix minutes qui suivent l'injection.

La dose d'un centigramme de cocaïne est suffisante pour assurer l'analgésie pendant une heure et demi à deux heures.

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne exercent un pouvoir excitateur de la contractilité de l'utérus.

Les phénomènes quelque peu désagréables qu'on observe pendant l'analgésie cocaïnique ou dans les heures qui la suivent ne présentent aucune gravité et sont généralement de courte durée.

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne peuvent être employées comme analgésiques dans les accouchements normaux lorsque ceux-ci sont très douloureux.

(*Ibid*)

Les surdités de la furonculose et de la grossesse et leur traitement.

par M. PÉCOT (Th. de Paris)

D'après M. Pécot, la furonculose du conduit auditif externe peut intoxiquer assez gravement l'oreille moyenne, peut-être l'oreille interne, pour produire la surdité.

L'auteur décrit en outre une surdité de la grossesse créée soit directement par les toxines gravidiques elles-mêmes, soit indirectement parce que, affaiblissant l'organisme, elles engendrent un défaut de résistance aux affections causales.

Cette surdité peut se produire dès le début, dans le cours ou à la fin de la grossesse, après l'accouchement ou pendant l'allaitement. Tout cela tient à ce que les sécrétions de l'embryon, agissant comme parasites, ne sont pas détruites par la mère pour une raison quelconque. Les toxines gravidiques, se portant sur l'oreille moyenne ou interne, déterminent une vaso-dilatation locale d'où résultent la congestion et la sclérose. La grossesse peut aggraver les surdités préexistantes et par cela même est susceptible d'en créer. Il faut traiter immédiatement ces surdités à quelque moment qu'elles apparaissent, faire de la prophylaxie, car une maladie non

infectieuse ne débute jamais brusquement. Sa gravité dépend du terrain sur laquelle elle évolue.

La grossesse peut provoquer des intoxications centrales temporaires sur l'oreille, produire par exemple, une surdité verbale pour sa propre parole, probablement par lésion momentanée d'un centre psychique d'auto-audition semblable au centre dont la lésion détermine la surdité verbale. Plusieurs faits militent en faveur de son existence.

(*Ibid.*)

La procidence, le procubitus du cordon ombilical a la clinique Baudelocque, du 22 mai 1893 au 1er janvier 1900.

par M. PERROSSIER.

M. Perrossier a rencontré une fois la procidence du cordon sur 159 accouchements. Bien des causes peuvent produire cette procidence; elles proviennent toutes d'un défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail. Parmi les principales, il faut noter, du côté du canal utéro-pelvien, l'insertion vicieuse du placenta (1 fois sur 5), les rétrécissements du bassin (1 fois sur 4,5) et le fibrome de l'utérus; du côté de l'œuf, l'hydramnios, la longueur du cordon; enfin on le rencontre fréquemment dans le cas de fœtus trop gros ou trop petit, et dans les présentations vicieuses (en particulier siège et épaule.)

La procidence résulte de la rupture brusque des membranes ou de tentatives opératoires au cours du travail.

On peut soupçonner la procidence, d'après les modifications du cœur fœtal et d'après l'écoulement du méconium. La constatation par le toucher ou la vue permet seule de l'affirmer. Sans gravité pour la mère, la procidence est un accident très sérieux pour le fœtus; il succombe (1 fois sur 2,7) soit par défaut d'hématose due à la compression du cordon, soit par broncho-pneumonie causée par les inspirations prématurées dans l'utérus et l'introduction de germes septiques dans les voies aériennes.

Il faut tenter de prévenir la procidence, en pratiquant la version par manœuvres externes dans tous les cas de présentations vicieuses, et en rompant la poche des eaux avec précaution de façon à éviter l'issue brusque du liquide amniotique. Le traitement par excellence est la rétropulsion manuelle. Si elle est impossible, il faut extraire l'enfant le plus rapidement possible.

À côté de la procidence il faut signaler le procubitus, qui est la chute d'une anse du cordon sur les côtés de la présentation. Il reconnaît les mêmes causes que la procidence. Les signes du procubitus sont aussi les mêmes que ceux de la procidence, mais le diagnostic en est beaucoup plus difficile, et le plus souvent il n'est fait qu'au moment du dégagement de la tête. La mortalité

foetale est très élevée (1 sur 3,3). Le traitement consiste aussi dans la rétro-pulsion et la terminaison artificielle rapide de l'accouchement.

(*Indep. méd.*)

Therapeutique et Matière Médicale

Sur l'emploi de la morphine.

D'après M. le Dr G. LEMOINE (Lille).

Il est assez remarquable de constater que la plupart des médecins ne songent à employer la morphine que dans un but hypnotique. On la donne aux malades qui souffrent et à ceux qui ne dorment pas, et c'est tout. Or, en agissant ainsi, on oublie qu'à côté de ses propriétés calmantes, l'opium et surtout la morphine possèdent des propriétés stimulantes du système nerveux, qu'il serait souvent utile d'employer.

Les médecins aliénistes seuls osent parfois utiliser l'action stimulante de la morphine ; ce sont ceux qui, sous l'impulsion de Voisin, traitent certaines formes de manie ou de lypémanie par l'administration de doses croissantes de morphine, et qui se sont ainsi habitués à ne pas craindre ses effets. On peut souvent donner jusqu'à 0,40 et 0,50 centigr. de morphine par jour à des aliénés, en commençant par une dose initiale de 0,02 et en augmentant chaque jour d'un quart ou d'un $\frac{1}{2}$ centigramme.

Chose curieuse, on voit chez ces malades la morphine ne jamais produire de sommeil, mais seulement donner du calme, puisqu'il faut, pour faire dormir ceux qui prennent ces fortes doses, leur donner du chloral. Au contraire, leur cœur bat mieux, moins vite et plus fortement ; leurs diverses fonctions organiques se régularisent, surtout celles qui sont sous la dépendance du bulbe et ils continuent à uriner normalement, bien qu'on ait prétendu que la morphine diminuait la quantité de l'excrétion urinaire.

Ces constatations ont amené M. Lemoine à se servir de la morphine dans certains cas pathologiques où il devenait nécessaire de soutenir l'énergie du système nerveux, et en particulier celle du bulbe, et les résultats obtenus confirmés chez de très nombreux malades permettent de poser les conclusions qui vont suivre.

M. Lemoine recommande l'emploi de la morphine dans certaines formes de cardiopathies et dans certains cas d'urémie.

Sans parler de l'usage de la morphine dans les maladies de l'aorte (car c'est maintenant un fait acquis qu'il n'existe pas de meilleur moyen d'empêcher une syncope d'origine aortique que de donner, dès les premiers symptômes d'angoisse, une injection de ce médicament), dans les maladies infectieuses et dans la grippe en particulier, le cœur peut devenir très rapidement faible et irrégulier

sous l'influence de l'intoxication du pneumogastrique. Cet état présente même souvent une très grande gravité, et les cas de mort par arrêt du cœur ne sont pas rares dans la grippe à forme cardiaque. Eh bien ! c'est précisément dans les cas de ce genre, dans la grippe à forme cardiaque, que l'on obtient des résultats meilleurs avec elle qu'avec les stimulants ordinaires du cœur : caféine ou digitale. M. Lemoine tantôt la donne seule, tantôt associée à ces deux médicaments.

Au cas de grippe ou de maladie infectieuse déterminant sur le cœur de la faiblesse et des intermittences, M. Lemoine se contente de donner exclusivement de la morphine ; mais si l'état du cœur et, par suite, celui de la circulation, est tel que le poumon s'engorge et qu'on ait de la splénisation des bases, il lui associe la caféine. Dans le premier cas, l'amélioration est presque immédiate et le cœur reprend rapidement sa vigueur ancienne.

M. Lemoine ne donne jamais que de faibles doses de morphine à la fois, procédant par des injections de 3 milligrammes, et les répétant 3 ou 4 fois par 24 heures. Dans quelques cas seulement, lorsque l'irrégularité du cœur amène de l'angoisse et de la gêne précordiale, il donne un $\frac{1}{2}$ centigramme à la fois. L'effet sédatif est assez vite obtenu, le malade se sent mieux et n'est plus gêné par les palpitations, qui diminuent peu à peu de force et de fréquence ; mais cet effet peut aussi être fugace, et le lendemain, les faux pas du cœur reparaisent si on ne donne pas de la morphine, puis s'atténuent si on refait les piqûres. Il n'y a, du reste, aucun inconvénient à prolonger le traitement pendant plusieurs jours de suite, et l'on n'a jamais de peine à déshabituer les malades de la morphine, une fois que la grippe a cessé de porter son action sur le cœur.

Lorsque, dans les cas plus graves, il faut lutter contre des symptômes de congestion pulmonaire passive ou active, dus à la faiblesse du cœur ou à la généralisation de la maladie infectieuse, M. Lemoine se sert concurremment de la caféine et de la morphine. Ce double emploi n'a rien de paradoxal, l'on se rappelle que la morphine est un stimulant, et que Charcot lui-même donnait, à ses nerveux déprimés, une tasse de café noir très fort, sucrée avec une cuillerée à soupe de sirop de codéine. M. Lemoine s'est toujours bien trouvé de ce genre de médication qui lui a donné des améliorations beaucoup plus rapides que la caféine seule et à haute dose.

Il débute par une injection de caféine variant, selon les cas, de 0,20 à 0,50 centigrammes ; puis, quatre heures après, un $\frac{1}{2}$ centigramme de morphine ; on diminue ensuite et on espace des doses, de façon à donner, par jour, de 0,50 à 1 gramme de caféine et de 1 centigramme à 1 c. $\frac{1}{2}$ de morphine. La respiration devient plus calme, l'anxiété précordiale diminue, le cœur se régularise peu à peu et la phase dangereuse de la maladie se traverse plus facilement.

Dans l'urémie, on déconseille l'emploi de la morphine, sous prétexte qu'elle ferme le rein et peut aug-

menter les rétentions de toxines. L'observation clinique a démontré maintes fois son innocuité parfaite dans les cas de ce genre.

La morphine est un stimulant certain du bulbe et, par suite, des centres cardiaque et respiratoire ; c'est pour cela qu'on fait souvent, par précaution, une injection de morphine avant de donner le chloroforme. Non seulement le sommeil est plus facilement obtenu, mais encore on évite la sidération du bulbe par le chloroforme et la syncope grave, toujours possible. Elle paraît agir sur le bulbe à peu près comme l'éther.

Chose curieuse, la morphine, qui ne fait pas dormir certains aliénés, n'endort pas d'avantage la plupart des urémiques, et il n'y a pas à redouter la production du coma consécutivement à son usage. Elle donne seulement aux malades un état de bien être relatif.

Elle ne constitue pas un mode de traitement de l'urémie, cela va sans dire ; on ne peut la donner que comme palliatif aux malades qui sont en proie à l'anxiété respiratoire, qui ne reposent pas un instant, et qui sont dans un tel état de souffrance qu'il faut à tout prix chercher à les calmer, on peut donner de la morphine, sans danger, aux urémiques, ce qui ne veut pas dire qu'on le doit toujours.

Dans la dyspnée urémique, la morphine agit en renforçant et en calmant le cœur, en diminuant le nombre de mouvements respiratoires et en augmentant leur amplitude ; enfin, en procurant au malade une diminution notable de l'anxiété à laquelle il est en proie. Ces heureux résultats peuvent être obtenus sans exposer le malade à des complications du fait du médicament. M. Lemoins serait presque tenté de dire que la morphine peut soutenir le bulbe de telle façon que, lorsque l'urémie est due à une cause passagère, elle peut parfois permettre d'attendre sans accident que cette cause soit supprimée.

Bien entendu, les doses seront fractionnées et on les donne, comme précédemment, 3 ou 4 fois par 24 heures, et de façon à ne pas dépasser en tout 1 à 2 centigramme. Il faut chercher à obtenir un résultat thérapeutique avec le minimum possible de médicament.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

La santonine dans le traitement des douleurs fulgurantes tabétiques.

par M. C. NEGRO.

Il n'existe dans la littérature aucun travail concernant l'action de la santonine sur la sensibilité générale, et, en particulier, de ses propriétés analgésiques.

Les faits que rapporte M. le Dr Negro tendent à démontrer que cette substance peut être utilement employée contre les crises douloureuses des tabétiques.

Il fut conduit à étudier expérimentalement l'action analgésique de la santonine en se basant sur ce fait que

ce glucoside introduit dans l'organisme par voie stomacale, exerce une action particulière spécifique sur les éléments de la rétine, d'où résulte une xanthopsie transitoire et que, par suite, on pouvait espérer qu'une action analogue se produirait sur les appareils de la sensibilité générale en les modifiant d'une façon passagère. Cette idée pour M. Negro, était d'autant plus logique que, pour une autre substance, le bleu de méthylène, la propriété qu'elle possède de colorer le cylindre axe des fibres nerveuses vivantes avait suggéré à Ehrlich l'idée de l'employer contre les névralgies, et les faits cliniques répondirent aux prévisions théoriques.

Ayant eu l'occasion d'observer un tabétique avec crise fulgurante extrêmement douloureuse, M. Negro tenta l'action de la santonine.

Au milieu d'une de ces crises les plus douloureuses, il administra 15 centigrammes d'acide santonique en trois doses de 5 centigrammes chacune, à une heure de distance, en supprimant bien entendu toute autre médication analgésique. Le résultat fut que les douleurs, une heure après la seconde dose, étaient considérablement atténuées et qu'elles cessèrent complètement après la troisième dose. Elles ne se reproduisirent pas pendant 2 semaines.

Au début de la nouvelle réapparition des douleurs, M. Negro donna 10 centigrammes de santonine en une seule fois, et 5 centigrammes cinq heures après. Trois heures après la première prise, une rémission notable était apparue et les douleurs cessèrent complètement après la seconde prise. L'intermittence des douleurs fut encore de 12 à 13 jours.

A la troisième reprise des crises douloureuses, au lieu d'acide santonique, M. Negro donna un mélange à parties égales d'antipyrine et de phénacétine : 1 gramme de chacune en trois fois dans l'espace de 6 heures. Le résultat fut nul.

(La Sem. méd. — Gaz. mid. belge.)

Le massage direct du foie et des voies biliaires. Etude physiologique, thérapeutique et clinique.

par M. DE FRUMERIE.

M. De Frumerie préconise le massage isolé et direct du foie.

Ce massage direct se pratique par un certain nombre de manipulations empruntées au massage vulgaire.

Le massage du foie peut être fait dans un double but :

1° Pour favoriser la circulation extra hépatique et diminuer, par conséquent, la gêne portale ;

2° Pour exciter le fonctionnement de la cellule hépatique lorsqu'il y a insuffisance hépatique aiguë ou chronique.

Le massage du foie peut donc trouver son indication dans certains états morbides s'il est rationnel d'invoquer

un trouble fonctionnel du foie, et il est certains cas de diabète par anhépatie chronique dans lesquels, sous l'influence du massage isolé du foie, associé ou non au massage général, on peut voir le sucre disparaître en même temps que s'améliorent les symptômes consécutifs. Quant aux cas de diabète où l'hyperfonctionnement semble plutôt en cause (diabète par hyperhépatie), le massage isolé du foie, au moins sous la même forme que précédemment, semble moins applicable.

La goutte, pour laquelle certains auteurs incriminent une insuffisance fonctionnelle du foie, pourrait sans doute être aussi justiciable dans quelques cas du massage isolé du foie.

Indiqué pour activer la rétrocession de certaines congestions passives du foie (foie cardiaque), à condition qu'il soit manié avec prudence ; indiqué aussi dans certains cas de congestion hépatique d'origine palustre, le massage isolé du foie peut l'être dans certains cas de cirrhoses veineuses, de cirrhoses biliaires et même de cirrhoses pigmentaires. Non qu'on obtienne sous sa seule influence une rétrocession marquée de tous les symptômes, mais on peut au moins voir survenir une diminution très nette du volume du foie.

Certains cas d'ictère catarrhal, si la cellule hépatique tarde à reprendre ses fonctions, semblent également justiciables de ce traitement.

La lithiase biliaire, une fois la crise aiguë de colique hépatique passée, certaines formes d'ictère acholurique simple semblent pouvoir être améliorées par le massage du foie, joint, il est vrai, au régime.

Le massage du foie est naturellement contre-indiqué dans tous les états du foie non susceptible d'amélioration, comme les cancers du foie, comme certains cas de cirrhose graisseuse et de dégénérescence amyloïde. De même les kystes hydatiques du foie, les abcès du foie peuvent être aggravés par un massage intempestif, et en revanche on ne saurait en retirer un résultat favorable.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

MALADIES VENERIENNES

La syphilis nerveuse précoce.

par M. FOURNIER.

Jadis on admettait que les lésions nerveuses d'origine syphilitique apparaissaient seulement à une période avancée de la maladie, lorsque celle-ci avait frappé l'individu d'une longue série d'accidents de toutes sortes ; la syphilis cérébrale, notamment, était regardée comme l'apanage des vieilles véroles, dites "à chevrons," et on l'expliquait par des exostoses crâniennes comprimant l'encéphale. Mais sous l'influence des travaux modernes, parmi lesquels il faut citer ceux de Fournier, Gaudichier, (Thèse

de 1886 sur les échéances de la syph. cérébrale), Gilbert et Lyon (sur la syph. médullaire précoce, in Arch. de médecine), Bouloche, (sur les paraplégies d'origine syph.), nos idées se sont totalement transformées à cet égard. Aujourd'hui, nous savons que 69 fois sur 158, les sujets syphilitiques ont, dès la première année, des accidents du côté du système nerveux. Ces accidents peuvent frapper les nerfs, le cerveau ou la moelle.

Du côté des nerfs, on observe : 1° l'hémiplégie faciale. On en trouve un grand nombre d'observations aux 10^e, 6^e ou 5^e mois de la syphilis.

Ces cas guérissent très rapidement par le traitement spécifique.

2° La paralysie des nerfs moteurs oculaires, surtout les 3^e et 6^e paires, rarement du pathétique.

3° La névrite optique. A citer une observation de Fournier et Galezowski, concernant un malade, qui, au 10^e mois d'une syphilis, voit apparaître un nuage devant ses yeux : névrite optique double, perte complète d'un œil, malgré le traitement intensif.

4° Abaissement progressif de l'ouïe ; kophones ; parfois surdité foudroyante, en l'espace de 3 semaines à 8 jours, comme Fournier en observa un exemple chez une jeune fille de 21 ans au 5^e mois de la syphilis.

Les manifestations cérébrales sont de deux ordres : isolées, ou réunies en un syndrome constituant ce qu'on appelle la syphilis cérébrale.

Les symptômes isolés de la syphilis du cerveau sont les attaques épileptiformes et l'aphasie, toutes deux guérissant par le traitement spécifique et pouvant se montrer dans la première année et les premiers mois de la maladie.

La syphilis cérébrale est surtout fréquente dans la troisième année (55 cas sur 375) : sa fréquence augmente de la 1^{re} à la 3^e et diminue ensuite, mais, fait à noter, elle est plus considérable dans la 1^{re} année que dans la 10^e. — C'est le plus souvent dans le dernier trimestre de la première année, c'est à dire aux 10^e, 11^e et 12^e mois qu'elle se montre. Elle peut s'observer, du reste, dès le 4^e et même le 3^e mois (observations de Mauriac, Ménétrier, Fournier).

Le symptôme dominant de la syphilis cérébrale, précoce ou tardive, est une hémiplégie caractérisée par les particularités suivantes :

- 1° Elle est habituellement précédée d'une période prodromique de violente céphalée ;
- 2° Se produit sans ictus ni perte de connaissance ;
- 3° Est progressive ;
- 4° Extensive ;
- 5° Incomplète ;
- 6° Respecte presque toujours la sensibilité.

Voici comment les choses se passent. Le malade commence par souffrir de la tête pendant plusieurs jours, puis s'aperçoit que son bras s'engourdit, s'affaiblit, puis se parésie, enfin se paralyse, bientôt la jambe se prend à son tour en suivant les mêmes étapes successives. Enfin,

la face est envahie à son tour. Mais il persiste toujours une certaine mobilité dans les doigts ou les jambes, et la sensibilité est conservée.

Le pronostic de la syphilis cérébrale paraît être plus grave dans la forme précoce que dans la forme tardive. Les exemples de guérison complète sont nombreux. Mais parfois les malades conservent des reliquats plus ou moins désagréables, tels que des contractures permanentes, et, dans des cas moins heureux, la mort peut survenir. Dans un cas de Fournier, un malade prend la syphilis en novembre. En février, il a de violents maux de tête. En mars, se développe une hémiplégié, et moins d'une année plus tard il succombe. — Dans un autre cas dû au Dr Lavergne, un malade a au 3e mois une hémiplégié ; celle-ci s'améliore sous l'influence du traitement, mais une récurrence entraîne la mort en 48 heures. — Dans un troisième cas, cité par Gaudichier, un individu atteint de chancre labial en novembre 1882 meurt le 24 mars de l'année suivante. Dans une quatrième observation (Fleming), une jeune fille de 20 ans est tuée en cinq jours par une encéphalite, à la période secondaire.

Les myélopathies syphilitiques sont essentiellement précoces ; leur plus grande fréquence est dans le second trimestre de la première année ; ainsi, sur 23 cas analysés par Gilbert et Lyon, 7 se sont produits du 7e au 12e mois, et 16 du 3e au 6e. Elles sont graves, parfois véritablement malignes. Fournier, Gilbert et Lyon ont noté sur 52 cas recueillis à différentes sources, les terminaisons suivantes :

Guérisons complètes.....	14
Améliorations.....	12
Survies avec infirmités.....	10
Morts.....	16

Donc, en résumé, une paraplégie précoce se termine une fois sur trois par la mort. Celle-ci a lieu soit par suite de l'ascension de la lésion déterminant des phénomènes bulbaires, soit par une eschare de la fesse ou du talon. A citer notamment un cas de Gilbert et Lyon, dans lequel le malade succomba en 15 jours.

Les myélopathies précoces sont, de l'aveu de tous les praticiens, peu influencées par le traitement intensif, qui est ici de circonstance, naturellement (iodure de potassium, 15 à 20 gr. par jour ; frictions *largamano*, injections).

En résumé, on peut mourir de syphilis dans la première année, dans les premiers mois de l'affection. Comment ? Quelquefois, mais bien rarement, par phagédénisme cutané ou muqueux ; dans la grande majorité des cas, par les lésions du système nerveux, et tout particulièrement celles de la moelle, qui sont malignes et meurtrières.

(Indép. méd.)

PEDIATRIE

La première dentition des rachitiques.

par M. CHAUMIER (de Tours).

Dans le rachitisme l'apparition de la première dent est retardée dans 52 ou 58 % des cas ; elle est normale ou avancée dans 41 ou 47 %.

Les premières dents poussées il n'y a pas de règle fixe pour la sortie des autres dents.

L'ordre dans lequel sortent les dents peut aussi être troublé. Sur 70 enfants l'ordre a été régulier 17 fois.

Chez tous, sauf un, lorsque les dents ont poussé prématurément, ce sont les dents du groupe venant immédiatement après celui en retard qui se sont montrées.

On observe chez les rachitiques la carie, la chute prématurée des dents, l'usure du bord libre des incisives par suite du grincement des dents.

Un genre de carie qui se montre de préférence chez les rachitiques, c'est la carie en nappe, ulcérant la dent superficiellement.

La chute spontanée des dents atteint surtout les incisives et les canines. Dans la grande majorité des cas les gencives ne sont ni rouges ni tuméfiées ; il ne s'agit donc pas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

(Indép. méd.)

De l'emploi du serum artificiel comme moyen de pronostic dans les maladies infectieuses chez les enfants, et en particulier dans la diphtérie.

par MM. F. RABOT et BONNAMOUR.

L'emploi du sérum artificiel en injections sous cutanées n'a guère été préconisé jusqu'ici que comme méthode thérapeutique. En étudiant les réactions que ces injections produisent chez les enfants atteints de maladie infectieuse, et en particulier de diphtérie, l'expérience nous a appris que l'on pouvait les employer également comme moyen utile de pronostic.

Bosc (de Montpellier), a déjà signalé le profit que l'on pouvait retirer de cette étude. "Le médecin ne devra pas s'étonner, ni s'alarmer, dit-il, des réactions fonctionnelles consécutives, mais il devra en étudier minutieusement la marche, car elles seront pour lui un guide très utile au point de vue du pronostic général de la maladie." Barbier et Deroyer étudiant l'action de l'eau salée stérilisée dans les infections intestinales des nourrissons, ont montré également que chez ceux qui ne sont pas profondément intoxiqués, la réaction, après injection (réaction thermique, réaction du côté du pouls, etc.), est des plus nettes. Au contraire, chez les enfants très atteints, ou en état de collapsus ancien, elle est beaucoup moins appréciable ; "Il y avait donc là, peut-être, disant-

ils, un élément de pronostic immédiatement défavorable, quand la réaction est insuffisante ou nulle." Enfin la plupart des auteurs signalent en passant, dans les cas favorables, l'augmentation de la quantité des urines après les injections sous cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel. Chez les enfants atteints de maladie infectieuse cette recherche de la quantité des urines après les injections a, selon nous, une importance considérable, pouvant servir de guide pour le pronostic général de l'infection.

Il est fréquent, en effet, de rencontrer des cas de diphtérie, où l'on se trouve embarrassé pour établir un pronostic ferme. De plus, souvent un croup, présentant même après le tubage, et pendant un certain temps, des phénomènes alarmants, finira par s'améliorer, tandis qu'une angine à bacille de Löffler, à allures bénignes, s'aggravera alors que tout semble aller bien, et finira par emporter le malade en dépit de tous les traitements.

Nous avons recherché parmi les différents symptômes du début, s'il y en avait quelques-uns qui pourraient nous éclairer sur la marche ultérieure de la maladie. Des vomissements précoces et une douleur abdominale vague, quoique se rencontrant souvent au début d'une diphtérie grave, ne sont pas cependant assez constants, ni suffisamment importants pour établir un pronostic sérieux sur leur présence ou sur leur absence.

Ayant essayé l'emploi des injections sous cutanées de sérum artificiel dans un certain nombre de cas de diphtérie grave, nous avons remarqué que les réactions produites par ces injections nous donnaient des indications utiles par la suite. Nous en avons alors systématiquement l'emploi dans plusieurs cas à marche douteuse, ainsi que dans quelques cas de scarlatine. Nous sommes arrivés au résultat suivant : si après l'injection le malade urine davantage, sans présenter de vomissements ni de diarrhée, la diphtérie sera bénigne, quel que soit l'état générale. Si au contraire, après l'injection, la quantité des urines n'augmente pas, si le malade présente des vomissements ou de la diarrhée, alors même que l'enfant semble aller tout à fait bien, le pronostic est sombre.

Nous nous bornerons à six observations recueillies dans le service des diphtéritiques, à l'hôpital de la Charité, qui sont les plus typiques parmi celles que nous avons recueillies. Dans plusieurs autres cas également le sérum artificiel nous a rendu des services. Toutes les fois qu'il a produit une augmentation de la quantité des urines, le malade a guéri. Si l'état général est cependant mauvais, c'est qu'il y a une affection concomitante une helminthiase, comme dans l'observation I, ou un état passager qui cédera au traitement tonique et diurétique (obs. V et VI). Si, au contraire, l'injection de sérum artificiel amène des vomissements ou de la diarrhée sans augmentation de la quantité des urines, c'est que l'infection est complète, les émonctoires sont obstrués, et la

mort peut être prévue d'avance malgré tous les traitements employés. Quelquefois une première injection a indiqué un mauvais pronostic, et cependant l'état général semble excellent, on croit alors s'être trompé, mais une deuxième injection vous donne la même réponse qui ne tarde pas à être confirmée. C'est le cas de l'observation III, où l'enfant qui, même après le sérum urinait à peine 300 gr. en 24 heures, et avait de fréquents vomissements, s'amusait et riait sur son lit ; un médecin assistant à la visite ne put croire à la gravité de son état. Or, malgré plusieurs diurétiques employés : théobromine, lactose, malgré des lavements d'eau salée, l'enfant n'a pas uriné davantage, et le dixième jour de son entrée son état s'aggravait presque subitement, et la mort arrivait le lendemain.

(à suivre)

Nouveau procédé de traitement chirurgical du prolapsus du rectum chez l'enfant.

par M. COURTIN (de Bordeaux).

Après purgatif huileux et désinfection de la région, on anesthésie l'enfant avec du bromure d'éthyle.

Le chirurgien place deux fils dans l'épaisseur des angles inférieurs de la muqueuse, puis il trace un lambeau triangulaire qui remonte vers le coccyx, à 5 centimètres au-dessus de la marge de l'anus. La pointe du triangle part donc du coccyx et sa base s'étend jusqu'au niveau des pôles latéraux de l'anus.

Ce triangle est rapidement disséqué, il ne comprend que la peau et quelques plans de tissu conjonctif. Avec une aiguille de Reverdin assez longue et légèrement courbe, on passe transversalement dans la muqueuse un fil de catgut n° 2. Un doigt placé dans l'ouverture du prolapsus guide cette aiguille afin que le fil ne saisisse que la muqueuse extérieure. Ceci fait, le chirurgien reprend à gauche et à droite ce même fil de catgut avec la même aiguille et le fait progresser au travers de la plicature de la muqueuse, ayant toujours le doigt guide dans l'intérieur du rectum pour éviter le saisissement de la muqueuse interne du prolapsus. On fait alors surgir le fil sous la peau qui borde l'angle supérieur coccygien du triangle cutané. Le chirurgien abandonne alors ces deux fils et en place un autre de la même façon, sur la partie moyenne du prolapsus, puis un dernier sur la muqueuse de la région juxta anale.

Ces deux fils ressortent sur les parties latérales du triangle cutané, l'un au-dessous de l'autre. Trois fils suffisent. Ces trois fils sont attirés en haut, le prolapsus se réduit et l'on fait les sutures.

Les pansements doivent être faits chaque jour. Dès le premier pansement on observe de la rougeur au niveau des points de suture. Le deuxième et le troisième jour un liquide jaunâtre vient sourdre au niveau des fils qui chutent le quatrième ou le cinquième jour. Des bourgeons

charnus apparaissent au fond de la plaie et la cicatrisation totale est obtenue douze jours après l'intervention.

Dans un cas, un enfant ayant succombé de la broncho-pneumonie quinze jours après l'opération, on a trouvé la muqueuse bien étalée dans l'intérieur du rectum et un tissu conjonctif dense cicatriciel qui doublait la muqueuse et la coaptait étroitement aux plans profonds.

L'ostéomyélite chez le nouveau-né, au-dessous de trois mois, et ses conséquences

par M. L. D'ALTROS.

Dans ces dernières années, j'en ai pu observer 11 cas chez des bébés de moins de 3 mois. Le fémur a été de beaucoup l'os le plus fréquemment atteint, puis viennent l'humérus, le radius, les os du carpe, les phalanges, le sacrum. Dans 3 cas, plusieurs os étaient atteints simultanément. Dans deux faits d'ostéomyélite de la tête du fémur, l'articulation de la hanche était envahie.

J'ai observé un fait où, comme dans celui de Senn, l'affection existant dès la naissance, doit être attribuée à une infection intra-utérine.

Les principales voies d'entrée de l'infection, dans les cas d'ostéomyélites au-dessous de 3 mois, sont : 1° les affections de l'ombilic et des lésions de la peau ; 2° les voies digestives dans quelques cas de d'infection gastro-intestinale ; 3° la muqueuse des voies respiratoires. L'ostéomyélite peut venir compliquer par infection secondaire l'hérido-syphilis (fait de Thibierge, un fait personnel).

Les apparences cliniques varient beaucoup d'un cas à l'autre. Dans certains cas, l'ostéomyélite apparaît comme manifestation infectieuse en apparence isolée. Dans une seconde catégorie de faits, l'ostéomyélite, n'est qu'un élément d'une septicémie générale. Les symptômes d'infection générale peuvent précéder l'ostéomyélite qui apparaît alors comme une complication tardive ; ils peuvent être contemporains ; ils peuvent se développer consécutivement aux lésions osseuses : telle les broncho-pneumonies et les méningites secondaires à l'ostéomyélite.

A côté des formes aiguës et suraiguës très graves, les mieux connues, il y a des formes atténuées d'ostéomyélite chez le bébé, dans lesquelles l'ostéomyélite reste localisée avec gonflement osseux circonscrit, et surtout à une tendance spontanée à la régression. J'ai vu 4 fois la guérison spontanée se produire sans suppuration. Dans trois de ces faits, il y avait ostéomyélites multiples ; 2 d'entre eux sont particulièrement intéressants en ce que, dans tous deux, les lésions eurent une évolution différente, arrivant à résolution sur un os, à suppuration sur l'autre :

Des formes chroniques, des formes prolongées j'ai observé deux cas.

Dans le premier, l'ostéomyélite portait d'abord sur

le droit. Elle évolue pendant plus de 2 mois sans suppuration pour arriver à résolution. Puis l'humérus se prend l'affection persiste à avoir une allure chronique, mais finit cependant par aboutir à la suppuration et l'on est obligé d'intervenir chirurgicalement.

Dans le second fait, un enfant d'un mois présente une ostéomyélite du fémur gauche, aboutissant à un foyer de suppuration que l'on incise, qui se reforme, pour donner lieu à une fistule persistante, celle-ci ne se fermant qu'après trépanation et curettage de la cavité médullaire, au bout de 3 mois.

Eh bien, chez ces deux enfants, nourris au sein, réglés dans leur alimentation, n'ayant pas présenté de troubles digestifs sérieux ou tenaces, nous vîmes se développer, chez le premier, des signes de rachitisme grave (thorax rachitique, fontanelle largement ouverte, cyphose, etc.) ; chez le second, des symptômes de spasme de la glotte (sans rachitisme) dont les accès revinrent pendant 4 mois, au nombre 5 à 10 par 24 heures, jusqu'à la mort de l'enfant emporté par une broncho-pneumonie.

L'importance physiologique de la moelle osseuse ne permet pas de douter qu'une lésion prolongée, même limitée à un seul os, puisse adultérer le milieu sanguin et troubler profondément un organisme en voie de développement. Et les faits que j'ai observés démontrent que l'un et l'autre, rachitisme et spasme de la glotte, peuvent apparaître comme complications et effets d'une ostéomyélite prolongée, développée dans le premier âge.

(Congrès de Pédiat., Nantes—Gaz. hebdom. méd. chir.)

FORMULAIRE

POMMADE AUX ESSENCES ET A LA MICROCIDINE.

M. Champonnière emploie très souvent comme topique non irritant et faiblement antiseptique un composé d'essences auxquelles il joint volontiers un peu de microcidine (naphtolate de soude).

Voici la formule :

Microcidine.....	3 gr.
Essence de géranium.....	2 gr. 50
Essence de thym.....	2 gr. 50
Essence d'origan.....	2 gr. 50
Essence de verveine.....	2 gr. 50
Vaseline blanche pure.....	1000 gr. 50

Cette pommade est réellement antiseptique. Elle n'est pas irritante.

Elle est particulièrement favorable à la formation de l'épiderme, que les antiseptiques puissants (iodoforme, sublimé, etc.) entravent toujours. Dans le traitement des grandes brûlures, elle donne des résultats particulièrement remarquables.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Revue des journaux

MEDECINE

La fièvre dans le cancer et les autres maladies du foie, surtout dans la lithiase biliaire.

par le Dr C. O. Hawthorne, in *British Medical Journal*.

Les études de Murchison, nous dit l'auteur, sur les maladies du foie et de Wunderlich sur la thermométrie médicale ont beaucoup contribué à faire accepter les théories admises sur le sujet en question.

Murchison admet une certaine élévation de la température dans le cancer, mais il ajoute "qu'une élévation continue de la température, au cours d'une maladie interne d'un diagnostic difficile, doit faire rejeter l'idée de cancer."

D'autres autorités: Harley, Fagge, Frerichs, Osler, signalent la présence de la fièvre dans le cancer à une époque quelconque de son évolution; les uns veulent la fièvre à la fin de la maladie, d'autres seulement s'il y a complication inflammatoire, d'autres enfin si le néoplasme est gros et évolue rapidement.

Il est peu important de savoir si l'on a affaire à un cancer compliqué. Cette distinction, nous dit l'auteur, peut avoir quelque valeur dans une discussion académique, mais elle n'a aucune importance au point de vue pratique et clinique, à moins que la complication puisse être reconnue d'une manière certaine. C'est là le point difficile, car c'est un fait avéré, il existe des cas de cancer avec fièvre, où l'on ne trouve aucune complication à l'autopsie, tandis que dans d'autres on trouve des complications inflammatoires dans le voisinage de la tumeur qui ne se sont jamais manifestées d'une manière quelconque durant la vie.

Il importe peu au médecin de savoir que la fièvre soit due au cancer ou à des complications, ce qu'il lui importe de savoir, c'est qu'il a bien affaire à une maladie cancéreuse.

Et ceci n'est pas toujours facile pour celui qui connaît combien peuvent être obscures les manifestations des affections hépatiques.

L'auteur apporte à l'appui de ses avancées, plusieurs observations dont le diagnostic a été confirmé à l'autopsie, et dans lesquelles il a manifestement eu de la température. Dans une de ses observations un frisson initial interne a toujours précédé l'élévation de la température, comme dans les crises de calculs biliaires. Dans ce cas l'absence de la douleur a permis d'éliminer la lithiase biliaire, car il y avait de l'ictère et on sait l'ictère se rencontre aussi dans le cancer.

Finlayson rapporte deux cas de cancer secondaire du foie, où les manifestations fébriles ne firent leur apparition qu'au moment de l'infection hépatique.

Hale White veut que la fièvre soit plus manifeste et plus constante dans le cancer primitif du foie. Ceci est encore à prouver, car il semble plus rationnel de croire qu'une lésion cancéreuse ulcérée du tube digestif, est une porte ouverte à l'infection, à l'absorption septique.

W. J. DÉROME.

Observations cliniques sur la péricardite

M. Frank Billings dit (Amer. Med Assoc.) que la péricardite est essentiellement un processus secondaire survenant au cours d'une infection générale. Les manifestations locales peuvent être si faibles qu'elles échappent à l'observation et les symptômes généraux auxquels la maladie locale peut donner lieu peuvent être obscurcis par ceux de l'affection causale primitive. Le diagnostic de la péricardite est fait plus souvent *post mortem* que sur le vivant.

M. J. McFarland étudie la pathogénie et la pathologie de la péricardite. Elle est plus fréquente chez l'homme et se distingue en primitive, idiopathique ou secondaire, métastatique. La fréquence varie suivant les auteurs. Le traumatisme est une cause de péricardite lorsqu'il donne lieu à une pénétration de germes dans les tissus. L'infection par voie lymphatique peut se faire à la suite d'adénopathies trachéo-bronchiques, de pleurésie; l'infection par voie sanguine survient au cours des pyémies. Il n'y a pas de microbe spécifique de la péricardite. Breitung a réuni 324 cas de péricardite dont 108 séro-fibrineuses, 30 hémorragiques, 24 purulentes, 24 tuberculeuses secondaires, 2 tuberculeuses primitives; 111 péricardites adhésives partielles, 23 adhésives totales, 2 péricardites ossifiantes. Sur 39 cas étudiés par Louis, il y avait 9 épanchements séreux, 7 purulents, 10 séro-sanguinolents, 13 séro-purulents.

L'action de la péricardite sur le cœur est de grande importance. Les couches musculaires sous-jacentes présentent des lésions de dégénérescence hyaline ou graisseuse. Du pus peut se former dans l'épaisseur du muscle cardiaque. La dilatation aiguë du cœur est la conséquence des modifications subies.

M. R. B. Preble étudie à son tour l'étiologie générale de la péricardite et pose les conclusions suivantes:

1° Les cas de péricardite aiguë primitive existent cliniquement mais sont rares;

2° Les affections au cours desquelles on voit survenir la péricardite sont par ordre de fréquence, la pneumonie, 34 p. 100, la rhumatisme 23,36 p. 100, la néphrite chronique diffuse 11,2 p. 100, la tuberculose 10 p. 100, la septicémie 4,7 p. 100, l'anévrysme 2,6 p. 100, la fièvre typhoïde 1,7 p. 100;

3° Plus une pneumonie est grave plus la menace de péricardite est imminente. Les pneumonies gauches y donnent lieu plus facilement;

4° Quand un seul côté est pris, le danger est moindre

si c'est le lobe supérieur droit, il est plus grand si c'est le lobe moyen droit ou le lobe supérieur gauche ;

5° La mortalité de la pneumonie avec péricardite est de 91,4 p. 100 ;

6° La péricardite rhumatismale se complique d'endocardite dans 60 p. 100 des cas, c'est à dire 3 à 4 fois la mortalité de l'endocardite simple ;

7° Le danger de la complication du rhumatisme par la péricardite est plus grand chez les jeunes sujets et plus grand chez les hommes que chez les femmes ;

8° La péricardite est une complication possible de toutes les formes de néphrite mais particulièrement de la néphrite chronique diffuse avec rétraction ;

9° La tuberculose est une cause rare de péricardite. La tuberculose généralisée peut donner lieu à la péricardite mais celle-ci est bien plutôt due à la tuberculose pulmonaire ou médiastinale chronique. Le foyer primitif peut être contigu ou éloigné du péricarde ;

10° La fièvre typhoïde est une cause rare ;

11° Les cas d'oblitération du péricarde sont dus aux causes suivantes par ordre d'importance : endocardite, tuberculose, néphrite chronique, anévrysme.

M. R. E. Babcock lit une étude sur la *péricardite adhésive* et distingue deux formes. 1° Cas où il y a adhérence des 2 feuillets sans adhérence aux parties voisines, *péricardite adhésive interne*. 2° Cas où il y a adhérence des deux feuillets entre eux et avec les parties voisines, *péricardite adhésive externe et interne*.

M. C. F. McGahan dit que la tuberculose du péricarde est plus fréquente qu'on ne le dit généralement. Elle débute insidieusement et se rencontre chez des malades anémiés, affaiblis, présentant des troubles vagues du côté du cœur.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

Les ruptures valvulaires de l'aorte.

par M. DUPUIS.

Quand la lésion est constituée, alors que le malade vient consulter le médecin, ce dernier constate presque toujours, à la simple injection, un soulèvement énergique de la paroi et des battements des vaisseaux du cou. A la palpation, il perçoit un frémissement cataire, un thrill assez accentué. Il est produit par la collision du sang contre les lambeaux valvulaires détachés de la paroi. Son maximum d'intensité est généralement au niveau de la partie interne du deuxième espace intercostal droit. La palpation montrera encore que la pointe est placée dans une position inférieure, dans le 6e ou le 7e espace intercostal.

La percussion donnera une augmentation de la matité cardiaque. Ce signe joint au précédent permet de conclure à l'augmentation de volume du cœur et spécialement du ventricule gauche.

La percussion de l'aorte indique dans la plupart des

cas une augmentation de la matité normale.

L'auscultation peut souvent se pratiquer de deux manières, l'oreille placée à distance ou immédiatement placée sur la poitrine.

Dans plusieurs cas, le souffle est assez intense pour être perçu à 20, 30 et 50 centimètres du thorax ; le malade et son entourage l'ont constaté bien avant le médecin. Ce bruit anormal est piaulant, musical, parfois paraît continu avec des renforcements. Il est comparable au bourdonnement d'un insecte, au vol d'un hanneton.

Quand l'oreille est appliquée sur la poitrine, on constate que le souffle est diastolique, qu'il a son maximum dans le second espace intercostal droit et qu'il se propage en descendant suivant le cours du sang. C'est donc un souffle typique d'insuffisance aortique.

Parfois un souffle systolique s'ajoute au souffle diastolique, de sorte qu'il existe un double souffle à la base. Ce phénomène ne peut être attribué à l'existence d'un rétrécissement aortique, qu'on ne trouve pas d'ailleurs à l'autopsie.

Il est vraisemblablement dû, comme le pense Foster, au clapotement des valves rompues flottant librement dans le courant sanguin.

Le souffle diastolique de l'insuffisance aortique peut être intermittent.

Les caractères du pouls sont ceux de l'insuffisance aortique : pouls de Corrigan bondissant et défaillant.

Bordenave pense que le sang est lancé avec énergie par le myocarde qui s'est hypertrophié et défaille parce que le sang n'ayant plus la barrière des valvules sigmoïdes aortiques, reflue dans le ventricule. Les tracés sphygmographiques sont également démonstratifs.

L'auscultation, avec le stéthoscope, de l'artère fémorale donne le double souffle crural.

Le pouls capillaire est également très net, soit qu'on l'observe sur l'ongle, soit qu'on le constate sur la ligne rouge provoquée sur le front par un frottement énergique.

Chez le premier malade présenté par M. Launois, on notait également le signe de M. Moutard-Martin appelé pouls radulaire et constitué par le battement anormal et assez prononcé des parties latérales et de la pulpe des doigts qui contiennent les dernières ramifications des artères collatérales digitales.

Il faut enfin noter la présence du signe de Tripiet ou procession du choc de la pointe du cœur sur le pouls radial.

Signes fonctionnels, marche, terminaison.—Les signes fonctionnels sont ceux de l'insuffisance aortique. La figure est pâle, le sang, quoique lancé avec énergie, n'arrive pas complètement à destination des parties périphériques, et la main, la face, sont plus pâles.

Peut-être aussi se joint-il à ce mécanisme une action vaso-motrice périphérique. Cette mauvaise irrigation peut se traduire par des épistaxis, des bourdonne-

ments d'oreilles, des vertiges, parfois des tendances aux syncopes.

Il peut y avoir à certains moments des douleurs précordiales, de la dyspnée, des phénomènes pouvant se rapprocher de l'angor pectoris, qui peuvent être attribués aux lésions de l'aorte, des plexus cardiaques et des artères coronaires.

La mort peut survenir de nombreuses façons : par asystolie, par dilatation du cœur, mais plus souvent par syncope due à une mauvaise irrigation du cerveau ou du cœur par ses propres artères.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. — *Indep. méd.*)

L'S iliaque et ses affections.

par TEIRLINCK (*La Belgique médicale.*)

L'étude de l'anatomie et de la pathologie de l'S iliaque n'a pas encore été faite d'une façon spéciale. C'est en Amérique où existe une chaire spéciale de pathologie, que la question a fait le plus de progrès. Le seul auteur qui ait traité des affections de l'S iliaque est Jos. Mathews, le président de l'*American Proctologic Society*.

Le présent travail est basé sur quelques rares articles concernant ce sujet et sur la pratique personnelle de l'auteur. L'anatomie, la physiologie, les procédés d'exploration, les affections spéciales à cet organe, les opérations pratiquées sur cette portion du gros intestin constituent l'objet de cinq chapitres distincts, suivis par l'exposé de quelques cas, de maladies typiques de l'anse oméga, observés par l'auteur.

De l'anatomie et de la physiologie de l'S iliaque il faut surtout retenir sa direction (contournée), sa grande mobilité, relativement aux autres parties du gros intestin, et la structure de sa muqueuse se rapprochant un peu de celle de l'estomac, enfin ses fonctions principales consistant dans la soustraction de l'eau aux matières fécales accumulées. Il est clair que toutes ces conditions doivent particulièrement disposer l'S iliaque à devenir malade, en favorisant la stagnation des matières, l'inflammation de la muqueuse et les déplacements.

Il existe plusieurs procédés d'exploration de l'S iliaque. Parmi ceux-ci la palpation et la percussion jouent un rôle des plus effacés. Il faut signaler en première ligne la *Wales rectal bougie* qui est la meilleure sonde à employer. Elle est en caoutchouc pur, très flexible et creusée d'un canal dans toute sa longueur. L'exploration de l'anse sigmoïde peut être pratiquée à l'aide de la main entière introduite dans le rectum (procédé de Simon de Heidelberg), ainsi qu'à l'aide du *colonoscope*, instrument inventé par Kelsey, et permettant d'inspecter la cavité du gros intestin grâce à la lumière électrique. Dans quelques cas graves, la laparotomie inguinale exploratrice pourra être indiquée.

Les affections dont l'S iliaque peut être le siège, sont longuement minutieusement décrites par l'auteur, tant

au point de vue anatomo-pathologique, qu'étiologique et clinique. Le traitement est envisagé toujours avec le plus grand soin, ce qui donne à cet article un réel intérêt pratique. Les maladies pouvant affecter l'anse oméga sont : les *sigmoidites* aiguës et chroniques ; les *ulcérations* diverses, depuis les ulcérations simples, reliquats des sigmoidites, jusqu'aux ulcérations spécifiques, tuberculeuses, syphilitiques (gommées), cancéreuses, dysentériques. Les *tumeurs* du type épithélial (polype, adénome, cancers), sont beaucoup plus fréquentes que celles du type conjonctif (sarcomes et musculaires). L'S iliaque est le siège de prédilection du volvulus. Il n'est pas rare non plus d'observer des invaginations d'une partie de l'anse sigmoïde dans le rectum, pouvant même sortir par l'anus, constituant le prolapsus recto-colique. Au même titre que les autres parties de l'intestin, l'S iliaque peut être le siège fréquent de rétrécissements parmi lesquels les plus importants sont les rétrécissements cylindriques. Par sa disposition anatomique l'anse sigmoïde se prête admirablement bien à l'arrêt des corps étrangers pouvant devenir la cause d'accidents plus ou moins graves. L'obstruction par stade des matières fécales est un phénomène assez fréquent, s'observant surtout chez les personnes habituellement constipées.

Les interventions chirurgicales que l'on peut avoir à faire sur l'S iliaque sont la colostomie iliaque (anus de Littré), la colectomie, l'entéro-anastomose qui sera ici soit la sigmo-colostomie, soit une sigmo-rectostomie, suivant que l'anse sigmoïde sera anastomosée au côlon ou au rectum, enfin la sigmopexie ayant pour but la fixation de l'S iliaque à la paroi abdominale, quand elle a quitté sa position normale.

La description de quatre cas typiques de maladies de cette partie du gros intestin (sigmoidite aiguë et chronique, polype, encéphaloïde) termine cette longue étude.

(*Presse méd.*)

CHIRURGIE

Note sur le traitement chirurgical de la sous-maxillite calculuse

par H. TOUSSAINT.

Le calcul, auquel nous avons affaire, était bien logé dans la glande sous-maxillaire, puisque le cheminement du sang le long du canal de Warthon l'a prouvé, les jours qui ont suivi l'extraction. Mais étant sous la muqueuse gingivo-buccale, à l'entrée du vestibule buccal, au niveau même de la dent de sagesse, il était loin de rentrer dans la catégorie de ceux indiqués par Tillaux comme manifestant leur présence au-dessous de la mâchoire.

Ce que je voulais surtout éviter, c'est l'éraillure du plancher de la bouche. La muqueuse du sillon étant un

peu adhérente du fait d'une première intervention, pouvait, lors de la prise de la poche d'enveloppe du calcul, être déchirée. Or, semblable plaie, qu'il était impossible de suturer, devenait une porte d'entrée décline à l'infection buccale.

Le calcul a le volume d'un petit haricot de Soissons, sa surface est mamelonnée. Il résiste peu sous le doigt. La section transversale montre qu'il a une teinte uniforme d'un blanc mat ; il n'a pas été soumis à l'analyse chimique, son propriétaire tenant à conserver cette petite pierre, pour lui si grosse de préoccupations.

Un calcul développé dans les acini du prolongement postéro supérieur de la glande sous maxillaire, sous-jacent à la muqueuse du sillon bucco-lingual, sous laquelle il fait saillie, forme là un corps étranger, pour lequel l'intervention chirurgicale est réclamée et sollicitée.

Les mouvements incessants de la déglutition en font l'objet d'une obsession, qui devient vraiment douloureuse au moment des repas, donnant alors une colique salivaire.

L'incision de la muqueuse du plancher de la bouche au contact intime des nombreux microbes et des toxines de cette cavité, expose, malgré les lavages antiseptiques, cette solution de continuité à l'infection descendante, à la sous-maxillite, à la Warthonite.

Ce débridement, s'il suffit à l'élimination de la concrétion morcelée par la pointe du bistouri, laisse en tous cas intact la poche. Comme celle-ci n'a pu en rien être modifiée, une fois la cicatrisation de la muqueuse sous-jacente obtenue, elle peut reformer de nouveaux amas phosphato-calcaires.

D'un autre côté, la membrane d'enveloppe du calcul salivaire, après l'ouverture par la muqueuse buccale, y devient au moins linéairement adhérente.

Cette périadénite créée, lors de l'intervention par la région sous-maxillaire, une difficulté réelle d'énucléation de la poche calculuse, si l'on considère que l'ongle de l'index est seul à même d'en faire sans danger, dans ce plancher mobile et fuyant, l'isolement et l'énucléation au voisinage immédiat de plexus vasculo nerveux de première importance.

Aussi doit-il être anatomiquement et cliniquement conseillé au praticien d'abandonner, pour l'extraction des calculs de la glande sous-maxillaire, la voie buccale et de procéder d'emblée à la cure radicale en enlevant le calcul et sa poche, véritable matrice, par l'incision, qui sert à la ligature de l'artère linguale, reportée cependant un peu en avant, pour éviter l'artère et la veine faciale.

Une suture intra-dermique bien faite, ne laissant pas trace de l'opération, est de nature à faire accepter encore plus facilement cette intervention.

(Revue méd. de l'Est — Indép. méd.)

Le diagnostic du glaucome et son importance thérapeutique.

Rien n'est plus important, au point de vue des conséquences, que de faire un diagnostic précoce de cette redoutable affection oculaire qu'on nomme le glaucome et cependant, par négligence et par insuffisance, bien des praticiens ont ainsi adressé trop tard à l'oculiste des malades irrémédiablement atteints.

“ Lorsque le praticien est appelé à soigner une maladie de l'œil, dans laquelle à l'élément douleur, se joint la rougeur de la conjonctive, il doit avoir présent à l'esprit que cette rougeur, parfois bénigne, peut souvent cacher des entités morbides qui méconnues ou négligées peuvent entraîner une cécité irrémédiable.” (Suarez de Mendoza.)

“ Le changement de coloration, la diminution de la transparence, l'engorgement des vaisseaux de la conjonctive, sont les premiers symptômes qui frappent le praticien lorsqu'il examine un malade atteint de l'hypérémie de cette membrane. Cette hypérémie peut se rapporter à une maladie autonome de la conjonctive, à une des nombreuses variétés de la conjonctivite, mais elle peut aussi se montrer comme symptôme d'une affection grave des membranes ou des milieux profonds de l'œil.

“ Dans ce dernier cas, l'hypérémie de la conjonctive ne joue qu'un rôle secondaire et entièrement subordonné à l'état de ces parties.”

Bien certainement, comme le dit M. le Dr Manuel Menacho (de Barcelone), une attaque typique de glaucome aigu avec céphalalgie intense, douleurs oculaires, diminution considérable ou abolition complète de l'acuité visuelle congestion conjonctivale (de forme sèche), troubles et desquamation de l'épithélium de la cornée et forte tension oculaire, quand même elle coïncide avec les symptômes d'un catarrhe du canal gastro intestinal de forme fébrile, ne passera pas inaperçue.

Mais le glaucome peut revêtir une forme moins évidente : il peut être accompagné de symptômes moins manifestes et coïncider avec d'autres états pathologiques oculaires, lesquels contribueront à faire dévier l'attention de l'observateur et à l'amener à un jugement erroné.

Voilà ce que l'on ne doit pas ignorer, c'est cela qu'il faut mettre en évidence.

Nombreuses sont les affections gastro-intestinales qui s'accompagnent de céphalalgie ; mais, même en revêtant la forme de migraine ophtalmique dans n'importe laquelle de ses variétés, elles ne peuvent être l'origine d'une confusion, si nous avons présents à l'esprit les symptômes que nous allons indiquer.

L'attaque du glaucome peut être accompagnée de conjonctivite de forme sécrétante, ce qui, jusqu'à un certain point, excuserait l'erreur. Mais avec un peu d'attention, on évitera cette confusion.

Une amblyopie monoculaire préexistante, par défaut d'usage, ou une diminution de l'acuité visuelle due à une

ancienne maladie oculaire, peuvent ôter de l'importance à la constatation de la diminution de la vue que produit le glaucome, mais cette constatation doit perdre sa valeur devant la signification non équivoque des autres symptômes, qui nous permettront de nous passer même des données que peut fournir le malade.

Quand le médecin est appelé à examiner un état gastrique consécutif à la lésion oculaire que nous étudions, il est naturel que les troubles visuels, et principalement, la douleur et la diminution de la vue appellent son attention, et une fois dans cette voie, il ne sera pas difficile d'établir la relation de cause à effet et de préciser le diagnostic de la lésion visuelle, ne fût-ce qu'en se basant seulement sur les symptômes externes et sur quelques données subjectives.

Dans les glaucomes aigus ou subaigus, la cornée se montre un peu opaque ; son revêtement épithélial manque par place : les pupilles sont dilatées et n'obéissent pas à l'action de la lumière ; la chambre antérieure est très réduite dans son diamètre antéro-postérieur ou complètement abolie, l'acuité visuelle diminue considérablement, la tension du globe oculaire est augmentée et atteint parfois la dureté de l'ivoire.

Ces symptômes partiels qui suffisent dans la pratique générale pour diagnostiquer les glaucomes aigus, peuvent se contrôler : par l'éclairage oblique de l'œil, en se servant pour cela d'un foyer de lumière de régulière intensité concentrée sur la cornée au moyen d'une lentille biconvexe, par la palpation de l'œil effectuée à l'aide de la pulpe des deux index en cherchant, au moyen de pressions alternatives, à se rendre compte si la résistance élastique est plus ou moins prononcée en comparaison avec celle offerte par des yeux normaux.

Si l'existence des dits symptômes est constatée, le diagnostic reste établi sur des bases solides, et le traitement peut être efficace, en employant dès le premier moment les myotiques et principalement l'ésérine, qui combinée avec l'usage interne de la quinine ou de l'antipyrine, modifieront rapidement les symptômes les plus alarmants de la maladie et prépareront alors l'organe à l'intervention opératoire qui est indiquée.

Peu importe qu'il existe outre les symptômes signalés une hypercrétion conjonctivale d'aspect catarrhal, ou qu'on observe d'autres altérations de la cornée, vestiges d'anciennes lésions. — Les symptômes énumérés suffisent pour caractériser l'affection et si on voulait bien les graver dans l'esprit et leur accorder l'importance qu'ils méritent, on éviterait souvent des confusions pleines de tristes conséquences.

Les symptômes dépendant de l'appareil visuel doivent entrer en ligne, au même titre que ceux qui fournissent les autres organes pour la formation d'un diagnostic.

Dans l'appareil visuel, on peut constater les premières manifestations des troubles cérébro-spinaux, rénaux, vasculaires, diathésiques. On y découvre fréquemment

des symptômes précieux et d'une grande valeur pour l'appréciation de certains états de nervosisme, d'infection ou d'intoxication.

La perfection même qu'on a atteinte dans les moyens d'exploration de l'organe de la vision nous oblige à profiter des données qu'ils nous fournissent ; le jour ou l'examen de l'appareil visuel sera plus généralisé dans la pratique, certaines lésions visuelles qui, méconnues, font des aveugles, ne passeront point inaperçues et de plus, le diagnostic d'un certain nombre d'affections générales gagnera en précision et opportunité.

(Le concours méd.)

Etude sur les calculs de la prostate.

par M. TARNAUD (Th. de Paris).

M. Tarnaud divise les calculs de la région prostatique en deux classes :

1° Les calculs de l'urèthre prostatique qui ne sont que des calculs urinaires. Ils peuvent d'ailleurs, secondairement se loger dans le tissu de la prostate où ils atteignent un volume plus ou moins considérable.

2° Les calculs de la prostate proprement dits, qui sont dus à l'agglomération de concrétions intra-prostatiques et à la précipitation de sels de chaux dans les culs-de-sac de la glande, consécutivement à une infection atténuée de l'organe. Ces calculs primitivement intra-prostatiques peuvent secondairement faire saillie dans le canal urétral.

Au point de vue symptomatique les seuls signes caractéristiques des calculs développés dans la prostate sont le frottement calculeux perçu au cours d'une exploration de l'urèthre, ou bien la crépitation constatée par le toucher rectal et due à la collision de concrétions multiples.

La taille périnéale est l'opération de choix.

La communication si habituelle des calculs prostatiques avec l'urèthre postérieur, et la facilité si grande de la cicatrisation des plaies de la taille périnéale doivent faire préférer la voie urétrale.

On peut pénétrer dans l'urèthre prostatique par la dilatation périnéale ou par la taille prérectale.

Cette dernière opération doit toujours être préférée quand les calculs sont volumineux ; elle est également indiquée quand le périnée est épais, comme chez les sujets gras.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Cure radicale des varices et de la phlébite variqueuse.

par le Dr DEMARS.

Voici la technique de l'opération proposée par l'auteur :

Le malade étant anesthésié et le membre soigneusement rasé et lavé, on mène une incision qui commence à quatre travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne, sur la face interne de la cuisse, suit le trajet de la saphène interne, contourne en arrière le condyle interne du fémur et se continue à la jambe sur la partie médiane du tibia pour se terminer en avant de la malléole interne. Chemin faisant, on sectionne les anastomoses entre deux pinces à forcepessure, puis on résèque la veine, après avoir placé sur elle deux pinces au niveau du point initial de l'incision et deux autres pinces à l'extrémité opposée de la plaie. On recherche alors l'anastomose avec la veine tibiale antérieure, qui se trouve en général près de l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la jambe, et on y laisse une pince. Si les varices sont plus profondes, on les poursuit en incisant l'aponévrose superficielle. On applique ensuite des ligatures au catgut sur tous les vaisseaux pincés et on procède au grattage de l'ulcère variqueux jusqu'à l'aponévrose jambière au moyen de la curette tranchante, en même temps qu'on résèque les bords indurés de l'ulcération jusqu'à ce qu'on arrive sur la peau saignante. Avant et après le grattage on pratique une désinfection soignée avec une solution phéniquée à 5 °/°. On termine la première partie de l'opération par la suture de la peau au crin de Florence, après avoir épongé avec soin toute la plaie et s'être assuré qu'il n'y a pas de suintement veineux.

Cela fait, on complète l'intervention par la résection de la saphène externe. Une incision oblique de 4 à 5 centimètres est menée sur la partie moyenne de la jambe, de façon que le milieu de la plaie corresponde à l'intersection des deux jumeaux, facilement perceptible à la palpation, et à peu près à l'union du tiers supérieur de la jambe avec son tiers moyen.

On recherche alors la veine saphène externe et on en extirpe un fragment de 2 à 3 centimètres, après ligature entre deux pinces. La peau est saturée par quatre ou cinq crins de Florence et un pansement ouaté est appliqué sur toute l'extrémité inférieure de manière à pouvoir exercer une compression énergique. Le membre est ensuite élevé sur un coussin et maintenu immobile.

Les fils sont enlevés au bout de huit à quinze jours, à moins qu'il ne s'agisse d'un sujet à peau amincie, chez lequel il serait prudent de les retirer vers le dixième jour pour éviter qu'ils ne sectionnent les téguments.

(*J. de méd. de Paris.*)

OBSTÉTRIQUE

De la cauterisation intra-utérine par l'acide nitrique dans les endométrites chroniques.

par M. PAGE (Th. de Paris)

M. Page propose la cauterisation de l'endomètre par

l'acide nitrique : elle n'est pas douloureuse, ne met jamais la vie des malades en danger et n'est jamais suivie d'atrésie du canal cervico-utérin.

Dans les différentes formes de métrite chronique elle est le plus souvent suivie de la guérison rapide et durable de cette maladie.

a) Dans la métrite hémorrhagique, elle ne remplace pas le curettage qui reste le traitement de choix, mais elle réussit souvent et aussi bien que le curettage en ne faisant pas courir à la femme les risques d'une opération.

b) Dans la métrite catarrhale, la métrite fongueuse et la métrite blennorrhagique, la cauterisation à l'acide nitrique est toujours suivie de la guérison rapide et durable de ces affections.

(*Gaz. hebdom. méd. chir.*)

De la valeur du serum de Marmorek dans l'infection puerperale.

par M. LOP (de Marseille).

Le sérum de Marmorek étant fort discuté, M. Lop l'a expérimenté sur cinq malades : Toutes les cinq étaient en pleine infection quand il est intervenu activement.

La temporisation apportée à l'intervention instrumentale chez deux d'entre elles, n'avait fait que prolonger la situation dans un cas et l'aggraver dans l'autre.

M. Lop est convaincu que l'action du sérum a été indiscutable dans ces cinq cas, aussi bien que dans les deux déjà publiés (*Marseille méd.*, 1896).

Et, d'accord avec MM. les professeurs Pinard et Wallich, Bar et Tissier, Gaulard (de Lille), il croit pouvoir conclure qu'en présence de l'innocuité absolue du sérum de Marmorek, et aussi de son efficacité, ajoute-t-il, il y a lieu, dans la septicémie puerpérale, d'intervenir simultanément par l'utérus et par la sérothérapie.

« Le sérum anti-streptococcique doit toujours être injecté à titre prophylactique, quand, pour une raison quelconque, l'intervention doit être différée.

Mais jamais la sérothérapie ne devra faire rejeter le nettoyage de la cavité utérine. Cette opération s'impose ; elle devra toujours avoir le pas sur l'injection du sérum.

Pour obtenir tout l'effet désiré, il ne faut pas craindre d'injecter des doses dont le point maximum m'a paru varier entre 60 et 100 centimètres cubes.

On peut, sans inconvénient, injecter 10 centimètres cubes matin et soir tous les deux jours.

(*Ann. de la Soc. d'obst. de France — Gaz. des hôp.*)

Le sucre contre l'inertie utérine.

par M. LOP (de Marseille).

Dans la *Semaine médicale* de 1894, le professeur Bossi (de Gênes) signalait les bons effets du sucre contre l'inertie utérine ; l'année dernière le docteur A. Payer, après de nombreux essais faits à la clinique obstétricale de Gratz, conclut que le sucre est réellement efficace pour réveiller et activer les contractions utérines.

Je ne sais si, depuis, d'autres recherches ont été entreprises pour vérifier les assertions de MM. Bossi et Payer, mais ce que je puis affirmer, c'est qu'en Provence, à Marseille en particulier, les sages femmes ont l'habitude, de temps immémorial, de faire manger du sucre à leurs clientes quand les douleurs de la période d'expulsion se ralentissent et immédiatement avant la délivrance, afin de hâter l'expulsion du délivre.

Cette coutume, j'ai pu m'en assurer à maintes reprises, est très connue dans le public et les clientes sont les premières à réclamer leur sucre. J'ai souvenance, en 1894-1895, accouchant des parentes auprès desquelles se trouvaient toujours de vieilles tantes à moi, avoir vu l'une d'elles placer du sucre à la portée de l'accouchée et le lui faire manger aussitôt après la sortie de l'enfant. A ma question lui demandant quelle vertu elle attachait à ce sucre (huit à dix morceaux croqués avidement) elle me répondit : " Le nourrimment sort ainsi, de suite, l'on m'en a donné à tous mes accouchements ". Elle avait alors soixante et onze ans et avait été accouchée par le professeur Villeneuve.

Je me suis trouvé en maintes occasions avec deux accoucheuses âgées, très habiles, Mmes Germain et Deleuil (cette dernière récemment décédée), ces deux sages femmes donnaient et Mme Germain donne encore du sucre contre l'inertie du travail et de la délivrance et s'en trouve toujours très satisfaite.

Je n'ai personnellement aucune expérience à cet égard, mais après les déclarations de deux accoucheurs de la valeur de MM. Bossi et Payer, j'ai tenu à faire connaître cette coutume locale dont l'efficacité, consacrée par l'usage, semble, par les recherches scientifiques entreprises à Gênes et à Gratz ne pas devoir être mise en doute. En tout cas, son innocuité est certaine et mérite d'être retenue.

(Gaz. des hôp.)

devenir le point de départ d'infections pseudo-puerpérales et puerpérales.

L'agent de ces infections est le colibacille, dont la virulence pourra être exaltée à l'occasion de la stagnation des matières fécales, conséquence de la constipation habituelle des femmes enceintes et accouchées.

Suivant que le colibacille restera cantonné dans l'intestin, ou envahira l'utérus, on aura deux types cliniques différents : le 1er est une pseudo-infection puerpérale ; le 2e est une infection puerpérale au sens exact du terme.

Au point de vue thérapeutique, il importe de surveiller l'intestin des femmes enceintes, principalement pendant les derniers temps de la grossesse ; on combattra énergiquement la constipation et la diarrhée. L'infection est-elle déclarée ? le traitement consistera surtout en une soignée désinfection du tube digestif, par l'entérolyse. Si l'infection s'est propagée à l'utérus, elle sera traitée comme toute autre infection puerpérale.

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Thérapeutique et Matière Médicale**La saignée.**

Puisqu'on revient à la saignée, il paraît opportun de revenir sur des données pratiques oubliées par beaucoup de médecins ; elles sont formulées par le Dr Lambinon.

Cinq veines peuvent être saignées au bras. On choisit d'habitude la veine médiane céphalique. Pour saigner cette veine, le malade étant assis, ou couché, la tête un peu élevée, on place un lien constricteur sur la partie inférieure du bras. L'opérateur l'applique en plaçant la main du malade sous son bras gauche, ce qui permet de maintenir le membre pendant qu'on roule la bande ; celle-ci doit être placée à 2 ou 3 centimètres du point où l'on veut saigner.

Lorsque les veines sont bien gonflées, l'opérateur saisit l'avant-bras à sa racine à pleine main, de façon à pouvoir placer le pouce sur la veine qu'il veut saigner, au-dessous du point qu'il veut piquer. La lame de la lancette, faisant un angle droit avec sa châsse, est tenue entre les doigts comme une plume à écrire. Les doigts placés très près de la pointe ne laissent passer qu'un centimètre au plus de la lame ; alors l'opérateur presse sur la veine avec le pouce gauche au-dessous du point où il veut piquer, puis place la lancette sur la veine et ponctionne brusquement. Lorsqu'une goutte de sang apparaît sur le côté de la lancette, il bascule la lame de façon à relever la pointe et à inciser la veine et la peau de dedans en dehors, perpendiculairement à l'axe du vaisseau.

Lorsqu'on a affaire à un sujet gras, on fera d'abord

Contribution à l'étude des pseudo-infections et infections puerpérales d'origine intestinale.

par M. BROUTELLE (Th. de Paris).

Pendant le cours de la gravité, il existe entre l'intestin et l'utérus des rapports anatomiques et physiologiques qui permettent à ces deux organes voisins de s'influencer mutuellement. Aussi M. Broutelle croit-il que, pendant les suites de couches, le tube digestif pourra

une incision de la peau seule avec le tranchant de la lancette, puis on ponctionnera la veine dans la plaie ; on la reconnaît à sa coloration bleue.

Après avoir saigné, on lave la petite incision avec une solution antiseptique, on saupoudre la plaie d'iodoforme et on applique un pansement formé de gaze stérilisée recouvert de ouate et maintenu par une bande bien serrée.

Broussais avait établi que toutes les maladies provenaient de l'inflammation et combattait celle-ci par la phlébotomie.

Les doctrines de *Broussais* furent victorieusement battues en brèche et la saignée fut abandonnée.

L'inflammation n'est pas cause de tous les maux, mais constitue un accident commun dans une foule de maladies.

Voici les réflexions du Dr *E. Piçatte* sur la saignée :

“ Pendant plus d'un demi siècle, la saignée fut abandonnée aux vétérinaires, et tenue en haut lieu pour une pratique digne des temps barbares. Quelques bons praticiens ruraux persistaient à soutenir que la saignée avait parfois du bon ; on leur répondait à peine par un sourire.

“ Mais voici qu'un beau matin, en étudiant certains empoisonnements on s'aperçut que les animaux succombaient lorsque leur sang charéait une quantité déterminée de poison par kilogramme de poids de leur corps ; on s'aperçut d'autre part que lorsque ce degré de saturation était atteint, lorsque par conséquent l'animal était condamné, on pouvait le sauver par une saignée, qui en lui soustrayant du poison en même temps que du sang, rendait non mortelle la dose de toxique qui continuait à circuler dans l'économie.

“ A dire vrai, ces cas sont assez nombreux ; toute maladie aiguë s'accompagne de fermentations anormales, de sécrétions viciées, et les produits de ces réactions organiques ont beaucoup de ressemblance avec les poisons végétaux ou minéraux ; qu'ils soient procréés dans le tube digestif, dans le foie, dans les masses musculaires peu nous importe, quelle que soit leur origine, ils ne tardent pas à passer dans le sang qui les charrie dans tout l'organisme ; le système nerveux, désagréablement impressionné par le contact, réagit avec énergie par des tremblements, des convulsions, du délire ; ou bien, stupéfait par l'audace de cet étranger qui envahit son territoire, il demeure immobile, paralysé.

“ L'objectif du médecin dans ces cas doit être d'expulser l'ennemi ; mais il se peut que toute issue lui soit fermée, que le rein ne fonctionne pas, que la peau transpire mal, que l'intestin lui-même soit paresseux, ou que ces organes, affaiblis ou malades, soient impuissants à lutter, par une élimination rapide, contre le péril imminent.

“ Saigner le malade, dans ces cas, est œuvre sage et souvent salutaire, d'autant plus que la saignée agit avec une rapidité beaucoup plus grande que tout autre moyen

spoliateur ; Bouchard a démontré qu'une once de sang, chez un urémique, enlève plus de matières nuisibles que 280 grammes de liquide diarrhéique ou que 100 litres de sueur.

“ La saignée est donc un moyen héroïque : elle a déjà sauvé une foule de malades qui auraient infailliblement succombé à l'époque peu lointaine où l'on n'osait pas recourir à la ponction d'une veine ; dans les maladies aiguës des reins, dans plusieurs formes de maladies de cœur, dans l'érysipèle, même dans certaines pneumonies infectieuses, une saignée opportune peut sauver le malade.”

Comme l'a fait observer M. le professeur *Charles*, dans son *Cours d'Accouchements*, “ dans les cas d'éclampsie, la saignée a eu beaucoup de vogue ; elle est encore vantée par beaucoup d'accoucheurs. Jadis, on la pratiquait pour décongestionner les centres nerveux et les principaux viscères ; aujourd'hui, c'est pour enlever le plus possible de sang intoxiqué et on la remplace par des liquides introduits par la bouche ou l'intestin, ou sous la peau ou dans les veines.” Nous avons eu l'occasion de voir utiliser cette méthode avec succès à la Maternité de Liège, dans un cas d'éclampsie.

Bien entendu, on ne saigne pas quand même dans telle ou telle affection précitée. Les indications de la saignée sont nettement posées et ce n'est nullement un moyen barbare de traitement.

D'après *Krænig* et *Albu*, la saignée, sans avoir de prise sur la maladie proprement dite, constitue une intervention vraiment merveilleuse dans certains états morbides, où, par le fait de modalités cliniques particulières, la vie du malade se trouve momentanément menacée d'une façon sérieuse.

Le danger momentané, auquel pare la soustraction d'une certaine quantité de sang, peut venir du cœur et de l'appareil circulatoire et est d'ordre mécanique, ou bien il résulte de l'accumulation dans le sang de substances toxiques et est alors d'ordre chimique.

Dans ces sortes de circonstances, la saignée est une intervention symptomatique excellente. Elle ne fait pas disparaître l'obstacle à la circulation pas plus qu'elle désintoxique complètement le torrent circulatoire, mais elle a pour résultat final utile de créer un nouvel ensemble de conditions permettant à l'organisme affaibli de franchir la passe dangereuse. On ne pourrait mieux dire. Voilà pourquoi la saignée est employée par des médecins dont la réputation offre une garantie de leur mérite et de leur expérience.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

Traitement de l'arterio-sclérose par les injections sous-cutanées de serum inorganique.

par TRUNECEK.

Voici la composition de ce sérum : Sulfate de soude 0,44, chlorure de sodium 4,92, phosphate de soude 0,15,

carbonate de soude 0,21, sulfate de potasse 0,40, eau distillée q. s. pour 100 gr. C'est à peu près le sérum sanguin dix fois plus concentré ; mais celui-ci, grâce au chlorure de sodium et aux phosphates alcalins, renferme, à l'état dissous, du phosphate de chaux ; c'est que Trunczek a en vue, en recourant à ce liquide alcalin, d'acaliner le sang de l'artério-scléreux, de solubiliser le phosphate calcique de ses artères, d'activer les combustions organiques. Les injections sont faites de préférence à l'avant-bras. Débiter par 1 cc. ; renouveler tous les quatre ou sept jours, augmentant chaque fois d'un quart à un demi cc. Au-dessus de 1 cc., pour éviter la douleur, laissant l'aiguille en place attendre quelques minutes avant de continuer. Ordinairement s'en tenir à 5 cc. ; Trunczek n'a pas dépassé 7 cc., 5. Pareille injection soulage remarquablement la dyspnée, mieux que la morphine. L'urine alcaline la contre-indique. Une action favorable est exercée sur le myocarde, l'endothélium vasculaire.

L'auteur se sert déjà d'une solution similairement composée, mais dans laquelle la teneur des sels s'élève, au lieu de 6 : 100 à 20 : 100 dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. (*Sem. méd.*, 1900, 231.) Pareille solution constitue un caustique alcalin, contre lequel il importe de protéger la peau, voisine des orifices fistuleux, par de la vaseline boriquée ; le liquide est ensuite conduit, au moyen d'une canule suffisamment longue, jusqu'au siège du mal. Il ne s'agit pas ici d'une action spécifique, mais, outre la destruction directe du tissu tuberculeux, de mettre en œuvre la force réactionnelle latente de l'organisme.

(*Sem. méd.* — *Lyon méd.*)

Traitement du rhumatisme par l'acide citrique.

M. Desplats (de Lille), dans une récente séance de la Société des sciences médicales de cette ville, a rapporté l'observation de quelques malades atteints de rhumatisme articulaire qu'il a traités par le jus de citron.

Cette méthode a été lancée en Allemagne et consiste à absorber le jus d'un citron le premier jour, deux le second jour, et ainsi de suite, d'une façon progressive, jusqu'à prendre le jus de vingt cinq citrons en un jour. Quand ce chiffre est atteint on diminue progressivement le nombre de citrons.

Dans un premier cas le malade ne put dépasser la dose de trois citrons. Dans un autre cas, le malade parvint au chiffre de vingt-cinq et obtint une guérison complète et persistante depuis dix mois d'accès de rhumatism et qui survenaient tous les trois mois. Le troisième cas est celui d'un malade ankylosé à tel point qu'il ne pouvait plus s'habiller seul, et qui aujourd'hui possède la presque totalité des mouvements de ses membres et ne souffre plus.

M. Desplats a expérimenté cette méthode de traitement sur un malade de son service, sujet à des poussées

de rhumatisme et à des accidents cardiaques sur lesquels tous les traitements employés n'avaient produit que des résultats palliatifs. Au bout de quelques jours de traitement le malade accusait un soulagement manifeste des symptômes articulaires, mais il éprouvait une douleur au niveau de la partie droite et supérieure du thorax, douleur vive, persistante et tenace. Dans un second cas on nota la même amélioration, quoique un peu moins marquée, et la douleur thoracique apparut également à la fin du traitement. Un troisième cas donna les mêmes résultats.

M. Desplats a traité un malade de sa clientèle de ville, atteint de rhumatisme rebelle au salicylate et au corps thyroïde, par l'acide citrique, à la dose de 2 à 10 grammes par jour, et obtint une amélioration.

Quelle que soit l'interprétation qu'il faille donner à l'action de l'acide citrique dans ce cas, elle n'en était pas moins intéressante à signaler.

(*Nord méd.* — *Gaz. des hôp.*)

[*Note.* Ce traitement est loin d'être nouveau et souvent je m'en suis bien trouvé. Voici ce que disait un auteur italien à ce sujet, *il y a déjà 20 ans* : In principio 10 oncie di succo di limone fino a 18 o 24 oncie per giorno -- una mezz'oncia, o un oncia e più ogni mezz'ora, allungato di 2 o 3 volte del suo peso con acqua fredda e inzue cherata al gusto del malato. Aggiunge 0.60 centigrammi di oppio, con o senza piombo et tannino, matani e sera, per impedire la diarrea prodotta. Il rhu-matismo acuto cede generalmente del 4° o 5° gioro di cura. — *Brennan.*]

Traitement du chancre simple.

Voici les procédés que recommandent Hallopeau et Leredde d'après la *Presse médicale* :

S'il existe un phimosis, il convient de faire pratiquer par le malade des injections entre le prépuce et le gland, répétées plusieurs fois par jour, et surtout lorsque le malade a uriné. On emploiera, à cet effet, des solutions antiseptiques faibles : sublimé à 1 pour 2000, acide borique à 3 pour 100, acide phénique à 1 pour 200. Souvent les solutions hydro alcooliques au tiers sont préférables ; on formulera par exemple :

Alcool à 60°.....	66 grammes.
Eau.....	30 —
Acide borique.....	3 —

Mais ces topiques, utiles pour enlever le pus et combattre la balanite concomitante, n'ont aucune action spécifique sur l'agent infectieux. Les lavages doivent donc être immédiatement suivis d'une injection d'huile de vaseline saturée d'iodoforme.

Les chancres abordables seront nettoyés, débarrassés des croûtes et du pus, au moyen d'eau b carbonatée

tiède et de coton hydrophile ; puis on pourra cautériser la surface au moyen de la solution suivante :

Alcool à 60°..... 10 grammes.
Acide phénique..... 1 —

ou du chlorure de zinc à 1 pour 10, tous les deux jours.

Le pansement est fait au moyen d'une poudre. L'iodoforme est, de l'avis universel, le meilleur des antiseptiques ; on peut également employer le salicylate de bismuth, le dermatol.

Les chancres de l'anus sont traités par des attrouchements de la même manière ; on applique ensuite des mèches imprégnées de vaseline iodoformée. Après chaque défécation, on lave à l'eau boratée et on applique à nouveau la pommade. Les bains locaux (bains de siège) quotidiens ou bi-quotidiens, rendent de grands services.

On a proposé divers moyens pour détruire le chancre. La destruction doit être complète, sinon des réinoculations se produisent, et un chancre simple, plus étendu que le chancre actuel, apparaît. La pâte de Balzer a pour formule :

Chlorure de zinc..... 1 gramme.
Oxyde de zinc..... 10 —
Eau distillée..... Q. s.

Pour faire une pâte.

On laisse 24 heures en place.

(*Ann. thérap. dermat. et syph.*)

Les bains de siège chauds contre l'épididymite blennorrhagique.

Dans l'épididymite blennorrhagique aiguë, M. Le Clerc-Dandoy (*Journ. de méd. de Bruxelles*) fait appliquer sur les bourses, dès le début des phénomènes inflammatoires, des compresses imbibées d'eau salée stérilisée, et ordonne le repos au lit pendant cinq ou six jours. Le malade porte ensuite un suspensoir, tout en continuant l'usage des compresses humides. Lorsque les douleurs se seront amendées, on prescrit des bains de siège de 40 ou 59°, d'une durée de quinze à vingt minutes et qui sont répétés trois ou quatre fois par jour. Après chaque bain, le malade replace son pansement humide et remet son suspensoir.

Cette hydrothérapie chaude serait le moyen le plus efficace pour obtenir la disparition complète des noyaux indurés de l'épididyme et du canal déférent et pour assurer par la suite l'intégrité de la fonction génératrice.

La sensibilité des parties atteintes une fois diminuée au point de permettre un léger massage, on fera faire, deux fois par jour, après le bain du matin et celui du soir, des onctions sur le testicule et le cordon avec une pommade iodo-iodurée, onctions qui seront continuées chaque fois pendant cinq minutes au moins, et on administrera à l'intérieur 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Dans les épидидымитes subaiguës et chroniques, le traitement sera le même, mais on comprend que, plus les lésions sont invétérées, moins on a de chances à obtenir un bon résultat.

(*Gaz. méd. belge — Ann. thérap. dermat. syphil.*)

PEDIATRIE

De l'emploi du serum artificiel comme moyen de pronostic dans les maladies infectieuses chez les enfants, et en particulier dans la diphtérie.

par MM. F. RABOT et BONNAMOUR.

(*Suite.*)

Ce n'est pas qu'il faille, lorsque le sérum artificiel nous aura annoncé un pronostic, renoncer à tout traitement et laisser évoluer la maladie. Loin de là. Le sérum nous aura indiqué l'état du rein ; il faudra donc favoriser l'élimination des toxines si elle se produit : on mettra tout en œuvre pour la faire naître si elle manque. Les diurétiques ont ici leur emploi indiqué : la lactose en particulier et surtout les lavements d'eau salée. Il faudra enfin traiter l'état général, et la fièvre s'il y a lieu. Il faudra toutefois être sobre de nouvelles injections de sérum artificiel dans les cas graves, car alors il va à l'encontre de ce que l'on recherche. C'est ce que montre une observation où l'enfant nous est arrivé trop tard avec une injection déjà complète, et où il s'est produit une augmentation excessive de la tension sanguine, qui a peut-être bien hâté l'issue fatale, de quelques heures seulement.

On voit ainsi que si l'infection et l'intoxication sont à leur maximum, le sérum artificiel ne fera qu'augmenter l'encombrement de la circulation ; le rein étant obstrué, la diurèse ne pourra plus se faire, les toxines ne pourront plus s'éliminer. Il en sera tout au contraire si l'infection n'est pas trop profonde, le sérum artificiel agira alors comme agent thérapeutique, suivant l'usage qu'en ont fait tous les auteurs qui l'ont employé chez l'adulte. Dans ce cas, son action véritable a été diversement interprétée : il favoriserait la diurèse pour Carrion et Hallion ; il diluerait les toxines comme le prétendent Bosc et Vertel, Lépine ; pour Dastre et Loye, Mayet, il opérerait un véritable lavage du sang ; suivant Bremahi, Meyer, Sahli (de Berne), il agirait en favorisant l'oxydation et en transformant les poisons en substances inoffensives ; Faure (thèse de Lyon, 1899-1900) en fait avec Pierret un excitant du système nerveux ; enfin Etable (thèse de Paris, 1897-1898) fait jouer un grand rôle au relèvement de la tension sanguine. Pour nous, l'action du sérum artificiel doit être extrêmement complexe, et sans vouloir donner de théorie, nous ferons

remarquer que, outre l'excitation du système nerveux et la dilution des toxines, il se produit, après l'injection de sérum artificiel dans les cas d'infection chez les enfants où l'hypotension est toujours très marquée, une élévation de la pression sanguine, l'hypertension qui, dans les cas favorables, amène l'augmentation de la diurèse et favorise l'élimination des poisons microbiens, et, dans les cas graves, cause des hémorragies dans les organes ; infarctus rénaux, petites hémorragies sous-pleurales et sous-péricardiques. Mais pour que la tension puisse se relever, il est nécessaire que le cœur soit en bon état ; sinon, incapable de produire l'excès de travail demandé, il ne peut plus remplir sa tâche, il cède alors. Les toxines ont fait leur œuvre, en altérant la fibre cardiaque : altération qui ira toujours croissante et amènera fatalement la mort.

En observant chez les enfants les réactions que donnent les injections sous-cutanées de sérum artificiel, on peut donc se rendre compte de l'état du cœur et du degré de l'infection. C'est un moyen simple qui, nous le pensons, pourra rendre des services, en permettant d'établir un pronostic ferme dans les cas embarrassants, si fréquents dans les maladies infantiles, où l'état général ne correspond pas à l'état local et réciproquement.

(Lyon méd.)

Les oreillons.

M. le Dr Paul Fabre, de Commeny, étudie particulièrement les épidémies d'oreillons qu'il a fréquemment eu l'occasion d'observer à Commeny. Ses conclusions sont reproduites et commentées par la *Gazette des Hôpitaux*.

Les oreillons, dit-il, constituent une maladie infectieuse, dont les microbes caractéristiques semblent particulièrement élire domicile sur les diverses glandes ou l'organisme et tout spécialement sur les glandes salivaires.

Parmi les glandes salivaires, ce sont les parotides qui sont presque généralement et souvent seules atteintes.

Les glandes sous-maxillaires viennent ensuite au point de vue de la fréquence et de l'intensité des symptômes. Ensuite, viendraient les glandes sublinguales, puis les autres glandes buccales.

Les glandes testiculaires, ovariennes et mammaires, les glandes lacrymales, nasales et vulvaires, les reins, la thyroïde, le foie, la rate, les pancréas, etc., peuvent aussi être atteints par ordre décroissant de fréquence.

A ce propos, M. Fabre reproduit ce qu'il écrivait en 1875 :

“ A considérer les diverses variétés de glandes que les oreillons atteignent, les unes directement les autres par métastase, on pourrait faire de cette affection une sorte de fièvre glandulaire : glandes en grappes compo-

sées, comme les salivaires et les mamelles, glandes en tubes composées, comme les testicules, glandes à vésicules closes comme les ovaires et la thyroïde, glandes en grappes simples comme celles des grandes lèvres (et j'aurais pu ajouter à cette énumération les glandes lacrymales dont l'engorgement a été signalé, depuis par le docteur Pinet et G. d'Heilly), toutes les classes des glandes, semble-t-il, sont tributaires de cette affection.”

Les oreillons peuvent donc être considérés comme une fièvre glandulaire, infectieuse, analogue (nous ne disons pas semblable puisqu'il n'y a pas d'éruption cutanée) aux fièvres éruptives, la scarlatine, la rougeole, la varicelle, la variole ; analogue aussi à cette autre maladie infectieuse qui se propage aussi facilement que les oreillons la coqueluche. Le rapprochement de ces diverses maladies paraît s'imposer surtout quand on considère le mode de propagation, la rapidité d'extension la marche régulière de ces affections. La fièvre ourlienne s'en rapproche à tel point que, malgré ses particularités et tout en concluant fermement à une individualité très nette on peut dire d'elle qu'elle est la sœur des autres.

((Concours méd.))

Coqueluches frustes et coqueluches ignorées par SAINT-PHILIPPE (Soc. méd. de Bordeaux).

L'auteur a vu nombre de coqueluches frustes où la quinte était remplacée par de l'éternuement — coqueluche sternutatoire — ou par une sorte de hoquet, de spasme tronqué, comme étranglé — coqueluche expiratrice — ou, enfin, par une toux simplement tenace, opiniâtre, fatigante — coqueluche grippôide.

Fréquemment, il a constaté aussi des coqueluches prolongées, c'est-à-dire des coqueluches non reconnues, sur lesquelles la bronchite, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, l'emphysème s'installent lentement mais sûrement, revêtant la forme subaiguë et parfois chronique.

Dans de pareils cas, dépister la coqueluche est chose capitale. Pour arriver à ce but, l'auteur conseille de procéder de la façon suivante :

D'abord, à cause même de l'extrême contagiosité et de la grande fréquence de la maladie, toutes les fois qu'un enfant se présente comme atteint de toux ancienne, de susceptibilité bronchique ou d'accidents pulmonaires, il faut donner une place au soupçon de la coqueluche non reconnue et non étiquetée, tout comme on songe aux végétations adénoïdes ou à la tuberculose.

Puis on ouvrira une enquête minutieuse relative à la possibilité d'une contamination coquelucheuse.

On s'informerà si l'enfant crache (les enfants qui crachent, sauf de rares exceptions, sont des coquelucheux plus ou moins vieux) ; s'il vomit le matin, au réveil ; s'il est réveillé, surtout la nuit, par de la toux qui dure ; s'il y a quelquefois des épistaxis. On recherchera si le tho-

rax n'est pas un peu déformé, si le visage n'a pas conservé un certain degré de bouffissure, si le frein de la langue ne présente pas une petite plaie cicatricielle.

On aura surtout recours au grattage de la trachée. Ce moyen consiste à peser avec le pouce sur la partie médiane de la trachée et à imprimer à l'appareil un mouvement brusque de déplacement de droite à gauche et de gauche à droite. La toux part, le spasme se produit avec violence, comme si un déclenchement se produisait ; et, si l'on insiste, on amène de véritables quintes, suivies d'expulsion et parfois de vomissements. La coqueluche ne peut faire de doute.

Voici d'après, la conduite à tenir une fois le diagnostic fait :

Il faut abandonner tout traitement général et donner tous les soins au traitement local, qui devra consister surtout en révulsifs sur la peau et sur l'intestin. Voilà pour les broncho-pulmonaires. Il faut déloger ensuite, par les vaporisations phéniquées répétées matin et soir, le parasite (que la bactériologie n'a pas encore trouvé, mais que la clinique démontre) et dont les colonies sont accrochés aux parois de l'arbre respiratoire.

Renforcer le cœur mou et dilaté, que les crises ont affaibli, par de la caféine et de la kola, puis envoyer le petit malade au grand air et, s'il est possible, à la montagne, ou il trouvera aussi une cure thermale à faire.

(Arch. méd. chir. spé.)

La tourniole des nouveau-nés.

M. Brindeau a consacré un travail basé sur onze observations, à la description de la tourniole des nouveau-nés, affection bénigne, mais très fréquente, puisqu'on l'observerait dans 18 % des cas environ.

L'affection consiste en un décollement épidermique formant phlyctène au niveau des replis unguéaux des mains. Elle débute d'ordinaire, du sixième au dixième jour de la naissance, sous forme d'un décollement de l'épiderme accompagné de rougeur, ne dépassant pas, d'habitude, la troisième phalange. Ultérieurement, il se forme là une petite phlyctème en croissant, qui se remplit d'une gouttelette de liquide séropurulent. En quelques jours, la phlyctème s'affaisse et se flétrit sans s'ouvrir au dehors. L'affection attaque généralement plusieurs doigts à la fois, mais surtout l'index. La marche de cette légère affection est très rapide et n'influe en rien sur l'état général de l'enfant. Très rarement on observe des complications (érysipèle).

La tourniole est due à l'infection par le staphylocoque de ces petits soulèvements épidermiques produits par la desquamation qu'on observe dans les premiers jours de la naissance. Pour prévenir la tourniole, il suffira de mettre au nouveau-né des brassières à manches longues pour éviter le grattage. Quand la tourniole est constituée, on recouvrira les doigts de vaseline et d'ouate hydrophyle.

(L'Obstétrique.)

BIBLIOGRAPHIE

Vient de paraître. — *La Tuberculose est curable.* par le Dr ELISE RIBARD, membre du Conseil d'Hygiène du XVI^e arrondissement, attaché au service des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut, avec préface du Dr MAURICE Letulle, professeur agrégé, médecin en chef à l'hôpital Boucicaut. 1 vol. in 12 de 173 pages broché. C. Naud, Editeur, 3 rue Racine, Paris. Prix..... 2 fr.

Cet excellent petit volume écrit au point de vue essentiellement pratique pour être à la portée et compris de tous, devrait être bien connu et se trouver dans toutes les familles, car en faisant l'éducation de la famille, en vulgarisant des notions précises sur la tuberculose, il ferait plus que lois et congrès pour enrayer ou nous préserver de ce fléau, si insidieux et pourtant si dévastateur. Ce livre s'adresse aux malades, aux parents, à la société, leur enseigne la prévention, à dépister la maladie dès son début ; et comme la tuberculose pulmonaire est alors le plus souvent curable, il montre la voie de la guérison.

Livre de compte de poche pour le médecin. — Voici un carnet médical qui est d'une extrême simplicité et qui présente, en un clin d'œil, un état de compte complet de chaque patient, avec la nature précises des services rendus. Avec ce petit volume le médecin n'a pas besoin de brouillard ou de grand livre ; tout s'entre de suite et au complet. Il est si pratique, si utile, et si parfait, qu'il remplacera bientôt tous les carnets de visites usuels dans la poche du praticien.

Ce carnet est publié par *The Medical Council*, Walnut Street, Philadelphia, et se vend \$1.00 ; les livrets de rechange sont de 40 sous.

FORMULAIRE

LOTIONS CONTRE LES EPHELIDES.

Lotions avec :

Sublimé.....	1 gramme.
Sulfate de zinc.....	2 —
Acétate de plomb.....	2 —
Eau de roses.....	250 —

F. s. a. A appliquer sur le visage avec un tampon d'ouate hydrophyle.

Autre formule.

1^o Lotionner, matin et soir, la peau du visage avec la mixture suivante :

Sulfophénate de zinc....	4 grammes.
Glycérine.....	10 —

(J. de méd. de Paris).

Travaux Originaux

L'INVERSION UTERINE IRREDUCTIBLE.

Nous tenons à signaler le fait que monsieur le docteur F. W. N. Haultain, de la Edinburgh School of Medicine, vient de publier dans le British Medical Journal (Oct. 5, 1901.), une communication qu'il a faite à l'Assemblée de la British Medical Association, tenue à Cheltenham, en août dernier.

Dans cette communication, il rapporte un succès qu'il a eu avec une opération singulièrement assez semblable à celle au sujet de laquelle nous avons déjà publié deux observations, la première fois il y a déjà plus d'un an (Revue médicale du Canada, vol. 4, p. 57, 22 août 1900). De nouveau, dans la Revue (11 sept., 1901), nous avons attiré l'attention sur cette opération nouvelle et *absolument personnelle*, notant notre second cas et donnant une nouvelle technique à suivre dans l'avenir.

Le docteur a dû ignorer nos deux articles.

Dans sa manière de procéder, il a recousu son incision avec un seul plan de catgut pour toute l'épaisseur de la paroi utérine, et en sus un Lembert superficiel, s'exposant ainsi, nous croyons, aux accidents que nous avons voulu éviter en plaçant trois plans tout-à-fait séparés : c'est-à-dire la propagation de l'infection au péritoine, le danger de suintement et d'écartement des bords de l'incision. Il a pu réduire son utérus par des tractions simples ; nous avons dû employer des pinces, parce que l'inversion était irréductible autrement, et que nous n'avions pas créé, dans le temps, notre nouveau procédé décrit dans le numéro du 11 sept. dernier de la Revue médicale, que nous croyons devoir être d'une si grande utilité pratique dans l'avenir, tant par son efficacité que par son innocuité.

Nous nous croyons donc justifiable de réclamer la priorité et dans la création et dans l'exécution de cette opération, de même que dans les détails de sa technique.

Nous avons adressé au British Medical Journal une note à ce sujet ; nous espérons que son rédacteur voudra bien l'insérer dans ce journal.

M. T. BRENNAN.

Montréal, 200, rue Saint-Hubert.

Coq-à-l'âne médicaux.

Tuberculose. — Le docteur C. Simon, dans le *Medi-*

co-legal J., rapporte une guérison de tuberculose pulmonaire incontestable, par la méthode de Hoff, de Vienne.

Voici ce traitement :

I. Mixture de Hoff :

Acidi arsenicis.....	0.1
Kali carbon.....	0.2
Acidi cinnamylic.....	0.3
Aqua dest.....	5.0

On mêle et on dissout par l'ébullition jusqu'à solution parfaite, puis on ajoute

Cognac.....	2.5
Ext. laudan. aquosi.....	0.3
Aqua dest.....	2.5

Dose :— 6 gouttes après le dîner, sur du sucre ou dans un demi verre-à-vin d'eau. Cette dose sera augmentée progressivement jusqu'à 22 gouttes.

2. — Hydrothérapie : — Applications journalières de compresses froides suivies de frictions et assèchement de la poitrine et du dos.

Avant de se mettre au lit, on applique sur la peau une camisole de laine, sans manches, imbibée d'eau froide. Cette camisole, recouverte de la robe de nuit, est gardée toute la nuit. Au lever, elle est enlevée et le patient frictionné avec de l'eau froide, asséché et habillé.

3. — Chaque fois qu'il y a tendance à la fièvre, on donne la mixture d'Appolzer :

Aqua cinnamoni.....	70.0
Tinct. chinoidini.....	3.5
Chinin.....	0.55
Elix. acidi Halleri.....	X gutt.
Syr. cinnmomi.....	20.0

M. et donner une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Les ironies du sort. — Un brave cantonnier projette avec sa lance d'arrosage un jet puissant sur les arbres du quai Claude-Bernard.

Vient à passer un de nos maîtres qui reconnaît le pauvre diable pour l'avoir traité à l'hôpital.

— Eh bien ! comment cela va-t-il mon brave ?

— Ah ! monsieur le Major, cela ne va guère bien.

Puis regardant avec un oeil d'envie le magnifique jet d'eau qu'il dirige : Et dire que je ne puis pisser qu'avec une sonde, moi !... (*Lyon méd.*)

Signe précoce de la péritonite tuberculeuse chronique chez les enfants. — Kissel signale l'épaississement du péritoine perçu en soulevant et pinçant entre deux doigts

un pli des parois abdominales, ce que l'on ne constate pas dans le cas d'ascite par toute autre cause. (*Bull. méd. — Lyon méd.*)

La mucine comme médicament. — W. S. Low, in *The Lancet*, préconise la mucine dans l'assèchement, l'irritation et l'ulcération des muqueuses. Il donne la mucine à la dose de 5 grains avec une même quantité de bicarbonate de soude. L'indication principale serait une langue nette, rouge, sèche, parfois fissurée. A cet état s'associe souvent une muqueuse naso-pharyngienne sèche et pâle et de la constipation. Si la langue est plutôt chargée et sèche que rouge et qu'il y ait de la constipation, il administre un laxatif salin. Low emploie aussi la mucine dans les douches nasales contre les muqueuses asséchées.

Goître exophtalmique. — Suivant Sailer (*Therapeutic Monthly*) le meilleur agent dans les cas inopérables serait le phosphate de soude à la dose d'une drachme à quatre par jour.

Abcès dus aux injections hypodermiques de quinine. — Townsend et Cantlie signalent la formation — même avec asepsie — d'abcès profonds, à guérison lente, avec escharre et cicatrice prononcée. (*J. Tropic Med.*)

Rötheln — rougeole allemande. — Kraatsch dit que l'adénopathie cervicale, surtout à la partie postérieure du cou et à la région mastoïdienne, est pathognomonique de rotheln, et différencie cette maladie de la rougeole ordinaire. (*N.-Y. Med. Record.*)

Stérilisation des sondes en gomme. — Hermann (*Sem. méd.*) emploie une solution saturée bouillante de sulfate d'ammonium, dans laquelle il trempe la sonde pendant 3 à 5 minutes.

Rachis typhoïde. — Osler présenta dernièrement à la Johns Hopkins medical Society, un patient atteint de cette affection qui compte parmi une des rares complications tardives de la fièvre typhoïde et qui a été qualifiée par Gibney, de New-York, du terme *Typhoid Spine*. Tous ces cas présentent à peu près la même physiognomie clinique : 1. une neurasthénie, souvent prononcée ; même de l'hystérie. 2. Une raideur du rachis, très douloureux à chaque mouvement. 3. Une douleur à la pression au bas du dos, quelquefois plus d'un côté que de l'autre, ou parfois à la symphyse sacro-iliaque. 4. L'examen local reste négatif ; il n'y a pas de gonflement, ordinairement pas de fièvre et il n'existe aucune leucocytose. 5. Les patients guérissent ou s'améliorent rapi-

dement après l'emploi du thermo-cautère et de mesures dirigées contre leur état neurasthénique. Osler n'a jamais remarqué de suppuration, ni de lésions osseuses comme il s'en trouve ailleurs dans la dothiéntérie. Il regarde la maladie comme étant une névrose. (*Johns Hopkins Hosp. Bull.*)

Coma diabétique. — H. Stern (*J. Amer. Méd. Ass.*) regarde le carbonate de calcium comme un spécifique presque. Il administre, par la voie rectal, toutes les trois ou quatre heures, de 2 à 6 grammes de ce sel, suspendus dans un litre d'eau, à la température de 42 Cent., additionnée d'un peu de gomme arabique.

Triste instrument. — Un de nos confrères est en visite chez une de ses clientes :

— Et votre mari ?

— Il ne rentre jamais avant trois ou quatre heures.

— Et vous n'avez pas peur qu'il donne des coups de canif dans votre contrat ?

— Oh ! je le connais le canif de mon mari. Il ne coupe plus ! (*Loyn méd.*)

La maladie de la boutonnière. — Un savant distingué attend depuis longtemps une décoration. Il est devenu terrible. Deux amis causent de lui.

— Mais qu'a donc ce pauvre X... il est insupportable maintenant.

— X... ? Il est malade, vois-tu. Il a mal à la boutonnière ! (*Lyon méd.*)

Une maladie un peu semblable règne à l'état épidémique chez nous. Le duc de York en a guéri quelques pauvres malheureux, mais d'autres sont plus affectés depuis son départ : l'hydrothérapie et les frictions sous forme de bains et de cirage, faisaient merveille, mais hélas, le Duc n'avait pas compté sur une épidémie et son "stock" de remède a fait défaut.

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

Les cylindres renaux.

par M. PEHU.

Pour lui, les cylindres *granuleux* sont la caractéristique des néphrites épithéliales ; leur constatation plus ou moins grande, leur persistance même en dehors d'une

inflammation aiguë, doivent conduire à formuler le diagnostic d'une inflammation portant sur l'épithélium des tubes contournés.

Les autres variétés de cylindres sont d'une utilité moindre pour le diagnostic : ils témoignent seulement d'une modification survenue dans le processus ; entre autres, les cylindres *hyalins*, qui sont de beaucoup la variété la plus fréquente, accompagnent généralement les troubles circulatoires mais n'ont en eux mêmes aucune signification caractéristique.

Au point de vue du *pronostic*, la recherche de cylindres granuleux tire sa valeur de ce qu'elle permet de suivre les phases diverses du processus anatomo-pathologique, les modifications des cylindres traduisant des étapes successives.

1° A l'état *aigu*, ils sont nombreux, cohérents, à granulations compactes, d'un diamètre étroit, et sont l'indice d'une fermentation cellulaire active.

2° Dans l'état *subaigu*, les formations granuleuses sont plus rares, moins cohérentes ; leur diamètre est large, particulièrement lorsque la sclérose secondaire tend à s'installer. On note parfois dans ces conditions, mais d'une façon variable, la fréquence des cylindres colloïdes.

3° Enfin, si la maladie passe à l'état *chronique*, seule persiste l'albuminurie, qui s'explique par une régénération imparfaite des tubes contournés et la formation d'une véritable cicatrice rénale ; les cylindres disparaissent, le pronostic est en somme favorable.

Bien entendu, si l'affection guérit, l'albumine et les cylindres disparaissent.

(Bull. de l'Acad. de méd.)

Examen clinique de l'estomac.

par le Dr HENRI HARTMANN.

Le chirurgien commencera par l'interrogatoire l'examen clinique du malade qui se plaint d'une maladie de l'estomac. Il insistera surtout sur la douleur et les vomissements, en ayant bien soin de distinguer si ces symptômes se produisent à jeun ou après l'ingestion des aliments, et, dans ce dernier cas, de préciser le temps écoulé entre l'ingestion des aliments et l'apparition de la douleur. La douleur survient-elle à jeun, se bornant à quelques malaises, avec sensations de crampes, parfois accompagnées de vertiges ; il est bien probable que le malade est atteint d'une de ces formes de dyspepsies, dites nerveuses, et qui ne sont en aucune façon du ressort de la chirurgie. Les éructations inodores sont de même sans intérêt pour nous ; au contraire, les renvois fétides indiquent qu'il y a dans l'estomac des fermentations anormales, signe presque certain de stase, par conséquent d'intervention chirurgicale. Les vomissements, survenant le matin à jeun, sont rarement du ressort chirurgical ; ils se rapportent en effet le plus souvent à la gastrite

alcoolique ; ce sont des vomissements de matières grisâtres, muqueuses, communément connues sous le nom de pituites ; si cependant les vomissements sont acides, agaçant les dents au passage, ils peuvent être un signe de gastro-succorée, affection qui peut, dans certains cas rebelles, devenir une source d'indication opératoire.

Si le malade répond qu'il ne souffre ni ne vomit jamais à jeun, on doit alors s'enquérir de ce qu'il éprouve après les repas ; ici encore du moment exact où apparaissent les vomissements ou la douleur ; point qui peut être d'un gros intérêt, une douleur transfixante réveillée par l'ingestion des aliments et cessant une fois ceux-ci vomis, réveillée par la pression épigastrique, qui détermine en même temps une douleur en arrière, douleur en broche, feront penser à l'ulcère rond.

Au contraire, les douleurs survenant longtemps après les repas, 7 à 8 heures, souvent suivies à ce moment de vomissements qui les font cesser, indiquent un obstacle à l'évacuation du pylore, quelquefois un spasme. Dans les deux cas le chirurgien interviendra avec avantage. Si dans les matières vomies se retrouvent des aliments ingérés plusieurs jours auparavant, l'existence d'un rétrécissement pylorique peut être affirmée et l'intervention opératoire est nettement indiquée.

Mais il est bien certain que cet interrogatoire ne saurait jamais être en quelque sorte que la préface de l'examen de votre malade, le point capital, qui vous mènera sûrement au diagnostic, c'est l'*examen physique*. Vous le commencerez toujours par l'inspection de la région épigastrique, inspection qui peut d'emblée vous révéler certains faits importants : par exemple les battements épigastriques si fréquents chez les neurasthéniques, ou des ondulations péristaltiques de l'estomac dues presque toujours à un obstacle pylorique ; parfois même une tumeur du pylore peut s'apercevoir facilement à travers une paroi abdominale flasque et amaigrie. Une fois cette inspection sommaire faite, vous procéderez à la palpation. La douleur que celle-ci réveille sera souvent vive chez les nerveux atteints de dyspepsie ; elle est en général dans ce cas superficielle et se manifeste dès que la main appuie sur la paroi de l'abdomen. Au contraire la douleur est exquise et ne se réveille qu'à une palpation profonde, chez les sujets atteints d'ulcères ronds. Le clapotement, que vous produirez parfois très facilement en déprimant par quelques secousses brèves la paroi abdominale au niveau de l'estomac, est un bon signe de stase gastrique, mais qui n'a toute sa valeur que lorsqu'on l'observe, après un jeûne de 14 heures ; autrement, il peut s'observer chez les gens à la paroi abdominale flasque, atteints en même temps d'atonie gastrique et n'indique qu'une dilatation atonique de l'estomac que les moyens ordinaires réussissent le plus souvent à guérir. Parfois aussi votre percussion à petits coups destinée à rechercher le clapotement (qui n'est en somme qu'un bruit de succussion) réveillera des ondulations péristaltiques, véritables contractions vermiculaires, qui sans

elles auraient pu passer inaperçues et qui indiquent nettement un obstacle pylorique.

Mais tout cela est encore insuffisant : il faut examiner l'estomac après 14 heures de jeûne. Dans ce but, faites vers 9 heures du matin l'examen de votre malade qui n'aura rien pris depuis la veille au soir 7 heures.

Si dans ces conditions vous arrivez à produire le bruit de clapotage, c'est un signe certain de stase gastrique, par conséquent de sténose pylorique. Le diagnostic sera confirmé par l'introduction dans l'estomac d'une sonde gastrique, par exemple le tube Faucher qui, en cas de stase, ramènera du liquide. En effet, après 14 heures de jeûne, l'estomac sain ne doit rien contenir ; si donc vous ramenez des aliments plus ou moins digérés, c'est qu'il y a là stase gastrique, signe pathognomonique de sténose du pylore, indication absolue d'une intervention chirurgicale. Dans quelques cas rares, vous retirerez du suc gastrique presque pur ; vous serez alors en présence d'une gastrosuccorée, maladie le plus souvent rebelle au traitement médical, guérissant admirablement par une gastro-entérostomie.

Il est encore un mode d'exploration de l'estomac extrêmement important et cependant peu répandu, c'est la percussion après insufflation. Et cependant, rien de plus simple. Faites ingérer au malade successivement 3 grammes de bicarbonate de soude en solution, puis 3 grammes d'acide tartrique (faites en somme de l'eau de seltz dans l'estomac) et vous verrez rapidement celui-ci distendu par l'acide carbonique venir se mettre en contact avec la paroi abdominale. Percutez alors soigneusement et vous arriverez facilement à délimiter le contour de cet estomac, contour que vous aurez soin de dessiner sur la paroi. S'il y a une tumeur sensible à la palpation ce procédé de la percussion après dilatation est encore plus précieux peut-être. Dessinez en effet votre tumeur, sensible à la palpation, après avoir vidé l'estomac par le cathétérisme ; puis insufflez par le procédé que nous venons de vous indiquer ; la tumeur se déplace en haut et à droite ; percutez alors, puis dessinez à nouveau votre contour et vous verrez que la tumeur siège à la réunion des deux courbures, signe certain qu'elle se trouve au niveau du pylore.

Ce procédé nous a permis de faire très facilement des diagnostics réputés impossibles, avec certaines formes de cholécystite par exemple. Il vous permettra d'éviter ces erreurs si souvent mentionnées entre une tumeur de la vésicule biliaire et une tumeur pylorique. Pour plus de sécurité, vous pouvez encore vérifier votre tracé de percussion stomacale en faisant la percussion auscultée avec le phonendoscope de Bianchi ou même avec un simple stéthoscope ; vous aurez soin d'exercer vos frictions de la paroi abdominale parallèlement aux courbures et vous pourrez voir que le bruit de la friction se transmet dès que vous vous trouvez sur la zone que la percussion vous a montrée être l'estomac. Cette méthode, bonne pour confirmer votre percussion, n'est pas indispensable et en

tous cas ne saurait remplacer une percussion bien faite après distension gazeuse. Je vous rappellerai encore le pylore étant en contact avec la paroi abdominale antérieure, les tumeurs qui l'occupent ne prennent pas le contact lombaire et, à l'inverse de certaines tumeurs biliaires, ne donnent pas lieu à la sensation dite de ballonnement.

Enfin, pour terminer, il vous restera encore à faire ou plutôt à faire faire l'étude du chimisme stomacal auquel le professeur Hayem et ses élèves attachent avec raison une si grande importance. Les résultats seuls ici intéressent le chirurgien : qu'il vous suffise de savoir que le suc gastrique normal doit contenir 1 gr. 70 d'acide chlorhydrique pour 1000. S'il y a plus de 2 gr. pour 1000, il y a hyperchlorhydrie, phénomène qui accompagne généralement l'ulcère rond. Si au contraire il y a moins de 0 gr. 50 d'acide chlorhydrique pour 1000, il y a hypochlorhydrie, signe presque certain de néoplasme de l'estomac. La présence d'acide lactique n'est pas un signe de cancer, comme certains auteurs l'ont avancé : c'est simplement un signe de stase avec fermentation secondaire, dans un milieu peu chargé d'acide chlorhydrique.

(Le Correspond. méd.)

CHIRURGIE

La mastoïdite et son traitement

Tous les médecins savent combien, dans le cours des otites moyennes aiguës, l'inflammation de l'apophyse est fréquente. Cela s'explique, d'ailleurs, anatomiquement par les rapports de continuité de la muqueuse des cellules mastoïdiennes avec celle de l'oreille moyenne par l'intermédiaire de l'antrum.

Quand il se forme du pus, ce pus peut siéger en dehors des cellules de l'os, sous la peau : il peut siéger dans les cellules mêmes : il peut siéger à la fois dans les cellules et dans l'oreille.

Quand l'apophyse se prend, tantôt l'écoulement otitique diminue ou disparaît, tantôt il persiste : mais en même temps apparaissent autour de l'oreille des douleurs violentes qui s'irradient dans toute la région avec exacerbation nocturne. La fièvre naît.

Si l'on examine alors le pourtour de l'oreille, on constate au niveau de l'apophyse un empatement douloureux, rouge.

Le tympan peut être perforé ou cicatrisé.

Si l'on abandonne la maladie à elle-même la mastoïdite peut se terminer par résolution.

Mais plus souvent, il se forme un abcès, lequel s'il n'est pas ouvert à temps, peut déterminer une carie plus ou moins étendue des parois de la mastoïde, une phlébite des sinus, un abcès intra-cérébral. Il peut également s'ouvrir au dehors. Rarement, il s'ouvrira par la face

interne de l'apophyse pour aller former une collection dans le sterno-mastoidien, collection qui pourra fuser vers le cou (mastoidite de Bezold) ou vers le pharynx.

Dès qu'on est en présence d'une inflammation de l'apophyse, il faut rechercher s'il n'y a pas rétention du pus dans la caisse et pour cela rouvrir la perforation du tympan, puis aspirer le liquide accumulé. A la suite de cette évacuation, les accidents peuvent disparaître.

S'ils persistent, il faut faire des applications de glace et des applications de sangsues.

S'il y a de la fluctuation ou empatement profond et que les accidents ne s'amendent pas après le traitement précédent, il faut pratiquer une incision à 1 centimètre de l'insertion du pavillon de l'oreille et profondément jusqu'à l'os qui est parfois à 2 centimètres. S'il y a du pus, il s'écoule et, quand l'os n'est pas atteint, la plaie se ferme rapidement. Si, au contraire, le pus ne vient pas, et qu'on pense à l'existence d'un abcès intra-osseux, il faut pratiquer la trépanation, au moins si la fièvre vespérale est forte, les douleurs violentes, le conduit auditif rétréci.

Après l'incision des parties molles, on décolle avec une rugine le périoste en avant et en arrière de l'incision. On explore avec un stylet l'os pour savoir s'il existe un point carié ou une fistule. L'ouverture de l'os doit se faire au point où la face externe de l'apophyse se courbe en avant pour former la paroi postérieure du conduit auditif (Politzer).

On enlève la table externe, du tissu compact de l'apophyse, soit avec le trépan soit avec un ciseau plat. On tombe alors sur le tissu pneumatique : s'il y a du pus, inutile d'aller plus avant; sinon, il faut continuer à creuser avec une gouge de 5 à 6 millimètres de large, puis de 3 à 4 millimètres, en ayant grand soin que l'axe de l'instrument soit toujours parallèle à l'axe du conduit auditif. Quand le canal est creusé à 15 millimètres de profondeur, comptés à partir de la surface externe à l'os, il faut s'arrêter. On est arrivé à l'antrum. On fait une injection qui doit sortir par le conduit auditif.

Si on rencontre des séquestres, il faut les enlever. Lavages et drainage ensuite.

S'il s'agit de la mastoidite de Bezold, l'incision devra partir de la pointe de cette apophyse. Comme l'abcès est situé près de la face interne de l'apophyse dans les insertions du sterno-mastoidien, il faut traverser de part en part cette portion de temporal, pour tomber sur le foyer. Il faut se souvenir que le nerf facial sort du canal de Fallope, un peu en-dedans de la face interne du mamelon mastoidien.

Comme accidents opératoires, il faut citer : l'ouverture du sinus latéral, la dénudation de la dure-mère, la lésion du nerf facial ou du canal semi lunaire horizontal.

Si le sinus est seulement mis à découvert, on se contentera de le protéger avec un instrument métallique ou de la gaze. S'il était ouvert, il faudrait immédiatement

tamponner avec de la gaze iodoformée et appliquer un pansement antiseptique compressif.

La dure mère peut être dénudée, sans qu'il survienne d'accidents ; il faut, comme précédemment, faire une antiseptie rigoureuse.

La blessure du facial survient quand on se tient trop bas, près du fond du conduit auditif, dont ce nerf n'est distant que de 3 à 4 millimètres (partie verticale) ou si le canal creusé est trop profond (partie horizontale du nerf.) Le canal semi-lunaire est à 1 ou 2 millimètres au-dessus du nerf facial.

Tant que la sécrétion purulente persiste, il faut laisser le drain.

(Dr RAYM-LULLE in *La Vie méd.*)

Traitement du lupus par des applications de formol.

Dans un cas de lupus nasal datant d'environ cinq ans, et qui, à l'occasion d'une bronchite intercurrente, affecta une évolution particulièrement rapide, un médecin anglais, M. le docteur W. Scatchard (de Brighton), a eu l'idée d'essayer, à titre de palliatif, le formol. Après avoir fait tomber au moyen de cataplasmes toutes les croûtes et avoir analgésié les parties malades en les saupoudrant d'orthoforme, notre confrère badigeonna la région avec un mélange à parties égales d'aldéhyde formique en solution à 40 % et de glycérine. Au bout d'une quinzaine de jours, il fut tout surpris de constater que les ulcérations étaient presque complètement guéries et faisaient place à des cicatrices lisses et peu visibles. Deux ou trois points suspects, apparus quelques semaines plus tard, ne tardèrent pas à s'effacer sous l'influence d'une nouvelle application de formaline, et pendant neuf mois le patient ne présenta plus rien d'anormal. Puis survint une nouvelle attaque de bronchite, suivie de l'apparition de trois petites plaques de lupus dans le voisinage de l'ancien foyer. Cette fois encore, un seul badigeonnage à la glycérine formalinée suffit pour amener la guérison dans l'espace d'une dizaine de jours, et depuis lors on n'a plus eu à enregistrer de récidive.

(*Sem. méd. — Lyon méd.*)

L'arrêt de la carie dentaire.

M. Malassez a présenté, cette année, à la Société de Biologie les résultats obtenus par M. J. Choquet, de Paris, dans la cure de la carie dentaire, et ces études ont elles-mêmes été présentées par l'auteur au récent congrès d'Ajaccio. *La Gazette des hôpitaux* commente et analyse en ces termes la communication de M. Choquet.

Jusqu'ici, les diverses tentatives faites pour obtenir la stérilisation de la dentine, et conséquemment l'arrêt de la carie, n'ont donné que des résultats négatifs ; cela tient à ce que les diverses méthodes employées ne l'étaient que d'une façon empirique.

Voici la marche que conseille M. Choquet : 1° nettoyage mécanique de la cavité à obturer, au moyen de la fraise ; 2° déshydratation, non pas au moyen de l'air très chaud, mais de l'air tiède, auquel on associe ensuite l'action énergique de l'alcool à des titres successifs et de plus en plus élevés jusqu'à l'alcool absolu ; 3° séchage à l'air chaud et remplacement de l'alcool par le mélange alcool, xylène, essence de géranium et hydronaphtol. Des dents traitées de cette façon, en prenant la précaution de laisser pendant vingt-quatre heures dans la cavité un pansement recouvert de gutta, destiné à empêcher la pénétration de la salive, n'ont donné aucun résultat comme développement microbien. Au contraire, des dents n'ayant pas subi de déshydratation par l'alcool à des degrés successifs et obturées pendant le même laps de temps que les précédentes, avec le même pansement, ont toujours donné naissance à une culture polymicrobienne, après ensemencement dans les différents milieux nutritifs employés en bactériologie. Dans le premier cas, si l'on veut s'assurer de la pénétration de l'hydronaphtol dans la couche de dentine qui recouvre la pulpe, on n'a qu'à déposer sur celle-ci une goutte de nitrate acide de mercure, qui la colorera en jaune foncé, tandis que, dans le second cas, alors qu'il n'y aura pas eu pénétration par suite d'une déshydratation défectueuse, le nitrate acide de mercure colorera la dentine en rose pâle.

(Le Concours méd.)

OBSTÉTRIQUE

Traitement des varices des femmes enceintes.

par le Dr MAYGRIER.

Les femmes enceintes, atteintes de varices des membres inférieurs et des organes génitaux, doivent, avant toutes choses, répéter le, être soumises au repos. Il faut tout d'abord, qu'elles évitent la fatigue, la station debout ; de plus, on exercera sur les membres inférieurs une compression à l'aide de bas élastiques ou avec une bande roulée de crêpe Velpeau.

Je sais qu'on a accusé la compression d'amener l'accouchement prématuré et l'avortement, mais de nombreuses observations montrent que ces assertions sont dénuées de fondement. Tous les accoucheurs, actuellement, admettent qu'il faut, autant que possible, pendant la grossesse, et surtout quand les varices apparaissent, faire, dès le début, porter des bas contensifs.

Contre les varices des organes génitaux, directement, il n'y a guère de remède. Lorsqu'elles sont très volumineuses, Tarnier conseille d'exercer une légère compression de la région à l'aide d'un bandage en T.

D'autre part, pour prévenir les complications, on recommandera aux femmes, surtout si les varices offrent

des dimensions considérables, d'éviter toute occasion ou cause de traumatisme, les grattages répétés, les rapports conjugaux, les secousses, les voyages en voiture exposant aux cahots, aux chutes à califourchon, etc.

En cas de phlébite, le traitement consiste dans le repos prolongé, le membre étant placé dans une gouttière, enveloppé d'ouate et oint d'un liniment calmant ; lorsque la douleur est vive, on se trouvera bien de l'enveloppement de la jambe malade dans de grandes compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque au cinquantième ou de décoction de têtes de pavots. La gouttière sera légèrement inclinée, la femme très surveillée et on ne lui permettra de se lever que lorsque tout signe d'inflammation aura disparu.

Lorsqu'une hémorragie survient du fait de la rupture d'une veine variqueuse, on emploiera les moyens les plus prompts pour l'arrêter : compression digitale, tamponnement aseptique, application de serres fines, forcipression, ligature de la veine. Il faut savoir que l'écoulement du sang, qui a lieu par un orifice très minime, est très lent, mais continu, et qu'il amène, par conséquent, presque fatalement, si on n'intervient pas à temps, la syncope et la mort.

Lorsqu'on est appelé à intervenir quand la femme a déjà perdu beaucoup de sang, il y aura encore quelque espoir de la ranimer en ayant recours aux injections intra-veineuses de sérum qui causent parfois de véritables résurrections.

Je formulerai, en terminant, la conduite que vous devez suivre dans ces quelques recommandations :

Les varices des femmes enceintes ne sont jamais une affection négligeable. On doit surveiller ces malades et les soumettre au repos, pour les soustraire aux accidents plus ou moins graves auxquels les expose la fatigue, et quand se déclare une complication, il faut les secourir le plus tôt possible, surtout s'il s'agit d'une hémorragie qui sera immédiatement arrêtée par la compression exercée sur le point qui saigne.

(Gaz. méd. belge.)

Le tamponnement de l'utérus dans la pratique obstétricale.

par NEUSCHAEFER.

L'auteur estime qu'on ne cherche pas en général, suffisamment à ménager le sang en obstétrique. L'opérateur qui n'est intervenu qu'au moment de l'accouchement n'a pas l'occasion, la plupart du temps, d'observer ce qu'il advient de sa malade, qui reste souvent pendant des mois épuisée et anémique. Le tamponnement de Dührssen constitue pour l'auteur, une manœuvre qu'il faut employer le plus souvent possible, car il enraie rapidement la métrorrhagie, provoque d'énergiques contractions de l'utérus et épargne au praticien des interventions souvent fort compliquées.

L'auteur dispose de 100 observations personnelles se rapportant toutes à des grossesses normales se terminant par un accouchement où l'intervention fut nécessaire. Sur ces 100 cas, on n'observa de la fièvre (38° C.) qu'à deux cas avec adhérence du placenta.

Le tamponnement est toujours facile, mais demande une antiseptie stricte : il ne faut surtout pas négliger de raser la région. Le liquide désinfectant préféré par l'auteur est la solution de lysol chaude.

Le tamponnement sera fait avec de la gaze iodofornée à 5 %. Quand il est terminé, on fait dans la plupart des cas une injection d'ergotine.

En général, on laissera le tampon 24 heures en place.

L'effet le plus constant de la méthode de Duhrssen consiste dans le fait que les couches, après l'intervention se passent toujours normalement et que l'involution des organes est irréprochable. L'auteur conseille donc, en dehors de toute métrorrhagie, de faire le tamponnement après chaque intervention intra utérine, principalement après le décollement manuel du placenta.

Il n'est pas nécessaire, grâce au tamponnement, d'enlever minutieusement tous les débris placentaires, car on les trouve sur le tampon au moment on l'on enlève ce dernier.

Dans les cas d'inertie utérine, il arrive parfois qu'un peu de sang vient suinter à l'orifice vaginal après le tamponnement. Il s'agit dans ce cas de sang absorbé par le tampon au moment où ce dernier a été placé et exprimé par la pression utérine. Toute intervention est inutile dans un cas de ce genre. Il est préférable de se décider rapidement à tamponner et de ne pas laisser au préalable d'autres procédés : ceux-ci peuvent certainement donner le même résultat, mais au prix d'une perte de sang beaucoup plus grande. En outre, le tamponnement n'exige pas l'introduction dans la cavité utérine de la main, qu'on ne parvient jamais à aseptiser entièrement.

L'auteur termine en recommandant chaudement le procédé de Duhrssen : s'il ne paraît pas dans les cliniques et maternités, devoir s'imposer, il en est autrement pour la pratique, à la campagne surtout, ou l'emploi d'une méthode réduisant au minimum l'intervention des mains donne une grande sécurité.

(Revue de thérap. méd. chir.)

HYGIÈNE

Rôle du médecin dans l'éducation et l'instruction.

par M. LE GENDRE.

Le médecin devrait avoir dans l'éducation une grande part, car il y a toute une série d'éléments d'appréciation que lui seul peut fournir. Sa connaissance des

antécédents pathologiques lui fait prévoir le caractère de l'enfant. Il sait le rôle que joue l'hérédité sur l'état intellectuel et mental. De même qu'il y a une hygiène alimentaire, il existe une hygiène cérébrale, une hygiène morale, que le médecin peut seul prescrire.

Dans l'instruction, l'intervention du médecin est tout aussi fructueuse. Qui plus que lui peut apprécier à quel âge l'enfant est en état de commencer ses études, et doser les connaissances à lui inculquer. Pour le choix de l'établissement d'instruction il est le meilleur guide, car il connaît à fond la constitution de l'enfant.

Tout cela s'entend surtout du "médecin de la famille," personnage qui tend à disparaître malheureusement, car sa connaissance du passé pathologique de tous les membres lui permettait de donner des conseils d'une utilité incontestable au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie.

Dans le cours des études que d'enfants, soi-disant paresseux, ou d'intelligence médiocre, sont en réalité des malades, dont l'affection, ignorée de leur entourage, serait dépistée par le médecin : n'est-ce pas le cas des adénoïdiens, des petits dyspeptiques qui font de la stercorémie, ou des enfants présentant de l'albuminurie intermittente. Et ces enfants, chez lesquels l'onanisme est provoqué par des malformations du prépuce ou des vers intestinaux.

Il est indispensable que, dans chaque établissement d'instruction, chaque enfant soit examiné de près et suivi par un médecin. Au moment de la puberté, cet examen devrait être encore plus sérieux. Un peu plus tard, le médecin devrait s'attacher à mettre son jeune client en garde contre les maladies vénériennes en lui dépeignant leurs conséquences immédiates et lointaines.

Au moment de l'orientation vers une carrière, quel conseiller peut être plus utile que l'homme expérimenté qui connaît le fort et le faible du corps et de l'esprit du jeune homme.

Le rôle du médecin d'un établissement d'instruction ne s'arrête pas là. Il doit être le collaborateur des maîtres.

Personne n'est plus autorisé que lui pour indiquer la durée et l'époque des vacances.

Il devrait participer au choix des méthodes, à l'élaboration des programmes, qui seront appliqués à des niveaux qu'il connaît mieux que personne.

En tout cas, il y a un fait que nous devons d'ores et déjà faire connaître aux éducateurs : c'est la fréquence croissante des enfants à attention faible ou lente. La chose est indéniable. La conséquence qui s'impose c'est l'adoption, pour les premières années d'études de programmes simples.

(Indép. méd.)

Les Egïses au point de vue hygienique.

par P. REMLINGER.

Le Dr Paul Remlinger, médecin-major, sous direc-

teur de l'Institut Pasteur de Constantinople, adresse sur: *Les Eglises au point de vue hygiénique*, une étude très intéressante et très personnelle ; je ne dis pas que toutes les parties soient originales, mais leur réunion constitue une œuvre qui jusqu'à ce jour n'avait pas été accomplie.

M. Remlinger note que le cube d'air dont on dispose à l'église au cours d'une cérémonie ayant réuni une assistance un peu nombreuse, est beaucoup moins considérable qu'il ne paraît à première vue : il n'atteint pas les 30 ou 40 mètres demandés par le général Morin, les 20 ou 30 mètres de hauteur de voûte sont un trompe-l'œil, ils ne peuvent rien contre l'insuffisance du cube d'air en surface ; un homme s'asphyxie parfaitement au fond d'un puits de 30 mètres.

La ventilation est insuffisante : les portes sont fermées pendant l'office ; les fenêtres, très élevées, ne sont pas accessibles, et restent closes. M. Remlinger attribue, avec raison, je crois, la fréquence des malaises, des demi-synopes éprouvés par les femmes et les enfants, à cette insuffisance du renouvellement de l'air.

L'auteur signale l'état de la température dans les églises ; à la campagne, elles ne sont pas chauffées ; à la ville, elles le sont par des bouches de calorifère à air chaud qui dégagent sous les pieds de certains assistants une chaleur excessive comparée par Arnould au *sirocco* algérien, forment des courants d'air chaud qui s'élèvent jusqu'à la voûte et font retomber en douche sur la tête des autres assistants des colonnes d'air froid. M. Remlinger propose de substituer au chauffage par l'air chaud le chauffage par l'eau chaude ou la vapeur.

Les églises sont mal éclairées, et le rôle antiseptique de la lumière ne s'y exerce pas. A la faveur de l'obscurité, les coins demeurent à l'abri du nettoyage. Le soir, et dans les grandes cérémonies, la combustion des cierges charge l'atmosphère d'acide carbonique et de vapeur d'eau.

Les bacilles pathogènes trouvent un refuge assuré dans les confessionnaux obscurs, sur la cloison à claire-voie qui sépare le prêtre du patient, exposée aux projections microbiennes de la toux, de l'éternuement, de la voix parlée ou chuchotée.

L'habitude d'embrasser certaines parties des statues, le pouce de saint Pierre à Rome, d'autres en Italie et même en France, multiplie les contacts dangereux. Casagrandi et Massa, à Rome et à Turin, ont recueilli sur ces surfaces des bacilles de Koch, de Loeffler, le pneumocoque, etc.

L'examen de l'eau bénite a fourni des documents très intéressants au Dr Alba ; quelques-uns renfermaient une quantité de germes, comparables par leur richesse aux eaux d'égouts. M. Remlinger passe en revue les différents moyens proposés pour remplacer cette eau stagnante, croupie, par : soit une solution de sublimé au 1/1000, ce qui ne serait pas, paraît-il, contraire aux prescriptions du rite, mais pourrait être dangereux pour les fidèles qui cherchent un remède à leurs maux dans

l'ingestion d'eau bénite, soit un dispositif permettant un écoulement goutte à goutte d'une eau constamment renouvelée.

M. Remlinger signale le danger des bancs en bois, difficiles à déplacer, jamais nettoyés ; l'emploi des nattes sous lesquelles s'accroissent les poussières dangereuses, et enfin celui du nettoyage à sec, qui mobilise à intervalles réguliers des poussières chargées de bacilles, sans jamais les expulser.

Or, les personnes qui fréquentent les églises comprennent un certain nombre de miséreux, de malades. Elles se groupent autour des bouches de calorifères, les alentours de ces bouches ressemblent à ceux d'un crachoir. Les personnes à qui leur éducation devrait interdire cette habitude, l'imitent. Ces bacilles desséchés entrent pour une part dans les poussières qui retombent dans les bénitiers, sur les chaises, les autels, les confessionnaux, à moins qu'ils ne pénètrent directement dans la bouche et les fosses nasales des fidèles.

Les autres maladies contagieuses, surtout pour les enfants, trouvent dans les conditions précédentes un mode de contagion des plus favorables.

M. Remlinger, après ces critiques, montre que les remèdes sont assez faciles à appliquer. Il cite les règles que les évêques de Fano et de Emilio ont prescrit à leur clergé, et il constate avec plaisir qu'elles suffisent à donner satisfaction à la plupart des desiderata signalés.

Nous avons donc le droit d'espérer que leur exemple sera suivi. M. Remlinger aura le mérite de l'avoir fait connaître.

(*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*)

PEDIATRIE

Traitement médical des végétations adénoïdes.

(*Société de Pédiatrie.*)

M. Lapeyre (Fontainebleau). — En employant la médication iodée à l'intérieur, j'ai toujours pu faire disparaître les végétations adénoïdes même volumineuses, et éviter à mes petits malades des ablations chirurgicales qui sont loin d'être sans inconvénients.

Je donne la teinture d'iode à doses croissantes, en commençant par VI gouttes trois fois par jour pour les enfants de cinq à neuf ans, et en augmentant rapidement jusqu'à LX gouttes. Cette dose élevée de CLXXX gouttes par jour est en général parfaitement supportée ; je n'ai observé un peu d'intolérance gastrique que dans 4 % des cas. Jamais d'accidents sérieux. L'iode se retrouve dans l'urine par les réactifs appropriés.

M. Sevestre. — L'usage du vin iodé et les instillations d'huile mentholée dans les fosses nasales m'ont donné des résultats excellents.

M. Variot. — Parrot traitait déjà les végétations

adénoïdes par la teinture d'iode incorporée au sirop de gentiane, à la dose de 6 grammes de teinture d'iode et 6 grammes d'iodure de potassium par litre de vin. M. Lapeyre donne des doses beaucoup plus élevés.

(Gaz. méd. belge.)

L'épistaxis chez le nouveau-né.

par M. L. D'ASTROS (de Marseille), (Cong. pédiat.)

L'épistaxis, manifestation banale dans la seconde enfance, est relativement rare chez le nouveau-né, au-dessous de 6 mois ; mais elle constitue chez lui un symptôme d'une signification très importante. Elle est très rarement abondante, ordinairement minime, constituée parfois seulement par l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Les conditions dans lesquelles elle se produit sont de trois ordres :

1° Elle peut être secondaire à une infection nasale, à un coryza ; c'est surtout au cours des coryzas syphilitiques qu'elle apparaît.

2° Elle peut être secondaire à un état général grave, infectieux ou toxi-infectieux, sans localisation nasale préalable. L'hérédosyphilis peut déterminer des épistaxis en-dehors des cas de coryza. Il en est de même de certaines infections septiques. Elle est souvent alors associée à d'autres hémorrhagies, du côté de la peau, de l'intestin, etc.

3° Dans quelques faits, l'épistaxis apparaît comme une manifestation primitive et isolée chez un nouveau-né jusque-là en apparence bien portant. Ce sont les cas les plus intéressants en clinique. Tout d'abord l'épistaxis peut être la première manifestation extérieure d'une hérédosyphilis. En dehors de la syphilis, l'épistaxis se montre parfois comme le premier symptôme d'une infection qui paraît se faire par les cavités nasales, peut rester cantonnée quelque temps dans les premières voies respiratoires et gagne souvent par la trompe d'Eustache l'oreille moyenne. La propagation aux voies respiratoires inférieures est fréquente et l'on voit se développer des infections bronchiques et des broncho-pneumonies. Enfin la généralisation peut se faire sous forme de septicémie à tout l'organisme avec ses conséquences possibles (ostéomyélites, convulsions, etc.)

Il convient donc d'attribuer une grande valeur sémiologique à l'épistaxis chez le nouveau-né : une grande valeur diagnostique d'abord, puisqu'elle est toujours sous la dépendance d'un état infectieux : hérédosyphilis ou infection septique en activité ou en puissance. Elle comporte, d'autre part, toujours un pronostic grave, non point par elle-même puisqu'elle est habituellement peu abondante, mais en raison de l'état infectieux dont elle est la manifestation.

(Gaz. hebdom. méd. chir.)

Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales chez l'enfant.

par M. POISSON.

Le traitement non sanglant des tuberculoses locales comprend :

- 1° Le traitement général ;
- 2° L'immobilisation et l'extension continue ;
- 3° La compression ;
- 4° Les topiques ;
- 5° Les injections modificatrices ;
- 6° L'ignipuncture.

I. — Traitement général. — Il a une importance considérable. Tous les moyens locaux échouent si on ne vient pas au secours de l'économie, si on ne sort pas l'enfant de la misère sociale ou physiologique dans laquelle il végète.

Quand la tuberculose ne fait qu'effleurer l'enfant elle guérit par le traitement général au bord de la mer.

Quand la tuberculose, plus grave, nécessite un traitement local, ce traitement local a pour adjuvant indispensable le séjour au bord de la mer.

Quand enfin une intervention a été nécessaire, l'air marin constitue le meilleur traitement pré et post opératoire.

Tuberculeux ou suspects, les enfants doivent donc être envoyés le plus tôt possible au bord de la mer. On y doit prévoir pour eux, même après guérison, un séjour prolongé.

La balnéation chaude ou froide, dans tous les cas où elle sera compatible avec la localisation bacillaire, sera très utile. Dans les tuberculoses ouvertes avec plaies et fistules, dans les adénopathies notamment, les bains d'eaux mères rendent d'éminents services. Les toniques généraux et l'huile de foie de morue l'hiver ne devront pas être négligés.

II. — Immobilisation et extension continue. — L'immobilisation peut se faire dans la gouttière de Bonnet ou dans les appareils plâtrés.

L'appareil plâtré trouve sa raison d'être sans discussion pour toute les ostéo-arthrites qui ne sont ni la coxalgie, ni le mal de Pott.

Au genou, par exemple, tous les chirurgiens sont partisans d'une immobilisation très exacte, au moins pendant quelque temps, et, pour notre compte, nous sommes persuadés qu'elle est le facteur le plus important de la guérison sans déformation dans toutes les ostéo-arthrites, qu'il s'agisse d'une tumeur blanche du genou, du coude, ou d'un mal de Pott.

La gouttière de Bonnet trouve encore ses partisans dans la coxalgie et le mal de Pott. En apparence, elle immobilise moins bien, mais elle a aussi les grands avantages du transport facile et, chez l'enfant aisé, bien surveillé, la propreté en est vraiment possible ; elle permet enfin l'extension continue, quand l'enfant nous arrive par erreur de diagnostic ou par négligence dans une attitude qui ne saurait être conservée.

L'extension continue est merveilleuse pour calmer les douleurs quelquefois horribles de la coxalgie en position vicieuse et corriger cette position.

L'extension continue rendra d'énormes services, puisqu'elle permettra le redressement lent. Le redressement rapide sous le chloroforme, en dehors de la période de suppuration, ne nous a pourtant jamais donné de généralisation, mais il constitue toujours un choc regrettable et on ne doit le pratiquer que quand on ne peut faire autrement.

III. — Compression. — La compression est très souvent associée à l'immobilisation qu'elle contribue à réaliser et qu'elle complète.

Elle peut se faire avec la bande élastique, suivant la méthode de Bier ; on l'établit alors au-dessus de l'articulation malade, d'une façon momentanée, tous les jours ou tous les deux jours, pendant un temps qui varie entre cinq et vingt minutes. Pendant cette constriction circulaire, toute la partie du membre située au-dessus de la bande devient violacée, presque noir. Dans l'intervalle des séances, on enveloppe l'articulation de gutta-percha et d'ouate ; tous les jours ou tous les deux jours, bain local d'eau chaude à 50° pendant vingt à trente minutes ; l'immobilisation ne sera jamais complète, et assez vite, on opérera des massages prudents sans " battre le rappel de la diathèse."

IV. — Les topiques. — Le vésicatoire et l'iode ne méritent pas d'être recommandés ; pas plus, du reste, que le gaïacol et tous les résolutifs traditionnels.

L'emplâtre mercuriel, naturellement aseptique, combiné avec l'immobilisation et la compression mérite une mention. Sans compression qui puisse expliquer le succès, Championnière a obtenu des résultats avec l'onguent napolitain dans les tumeurs blanches des doigts, le spina ventosa du pied et de la main.

L'emplâtre de Scott en bandettes imbriquées, compressives, a été employé par tous les chirurgiens, pour les tumeurs blanches des petites articulations et le spina ventosa, et paraît avoir une véritable efficacité quand on y joint le traitement général.

Le prof. Hoffa (de Würzburg) préconise l'emploi du savon mou. Il en a fait l'expérience dans plus de deux cents cas de maux de Pott, coxalgie, tumeur blanche du genou, adénopathies tuberculeuses. Le traitement est original.

Il consiste à faire, deux ou trois fois par semaines, avec 25 ou 50 gr. de *sapo viridis*, des frictions sur le dos, sur les cuisses, les bras. Le savon doit rester une demi-heure sur la peau ; on l'enlève ensuite avec une éponge et de l'eau chaude.

Si l'enfant porte un corset pour mal de Pott, on le lui ôte un instant ; de même on protège avec de la gutta-percha l'articulation malade si elle est enveloppée dans un appareil.

D'après Hoffa, l'action serait surtout générale, l'appétit augmente, la santé s'améliore, les fistules se taris-

sent, les ganglions disparaissent. Il ne faut pas, du reste, négliger les autres moyens de traitement, immobilisation, injection iodoformée, etc.

Tout cela paraît bien étrange, il est sans danger d'essayer.

(à suivre)

GYNECOLOGIE

Etude clinique des polypes du méat urinaire chez la femme.

par LEROY.

Les polypes du méat urinaire chez la femme sont des tumeurs d'un volume ordinairement égal à celui d'un pois ou d'une noisette et munies d'un pédicule plus ou moins large. Situées à 2 ou 3 millimètres de l'orifice du méat, et sur la partie inférieure de l'urèthre, elles proviennent de l'épithélium, ou des vaisseaux, ou des glandes, ou des papilles de la muqueuse uréthrale. Le plus souvent plusieurs ou toutes les parties consécutives de la muqueuse prennent part à la formation.

Il peut n'exister qu'un polype, on en trouve fréquemment plusieurs. On peut rencontrer ces tumeurs à tout âge, mais c'est entre 20 et 30 ans qu'on observe la plus grande fréquence. Parmi les causes, il convient de citer la malpropreté, la blennorrhagie, la leucorrhée, l'irritation parfois apportée par le flux menstruel, le coït. Les symptômes consistent en gêne à l'émission des urines, sensation de corps étranger dans le canal, fréquence des mictions fourmillements, démangeaisons, douleurs en urinant et pendant le coït, écoulement sanguin, tiraillements dans le bas-ventre et les aines.

Le diagnostic se fait par l'examen des organes génitaux externes, l'introduction d'une sonde dans l'urèthre, son examen avec un petit spéculum. Il ne faut pas confondre les polypes du méat avec le prolapsus de la muqueuse uréthrale (les deux affections peuvent coïncider), les varices de l'urèthre féminin (Riehet), la cystocèle uréthrale, le renflement charnu normal du méat, les végétations muqueuses d'origine génitale, les tumeurs malignes de l'urèthre qui ont une assise dure et s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire ; dans les cas où le diagnostic semblera difficile, on aura la ressource d'exciser une minime portion de la tumeur et de la soumettre à l'examen microscopique. Au début, le pronostic est bénin ; la dysurie, les douleurs, le suintement sanguin peuvent rendre bientôt la vie des malades très pénible ; on peut redouter aussi les complications ultérieures de cystite, urétrite, génitalite, urétrocèle et prolapsus de la muqueuse uréthrale, et la transformation d'un simple papillome en tumeur épithéliomateuse. Il y a donc lieu d'intervenir et d'intervenir le plus tôt possible.

Quel sera donc le traitement ? M. Leroy rappelle les quatre méthodes préconisées jusqu'ici, l'arrachement par torsion qui expose aux hémorragies consécutives, aux récidives, et doit être définitivement abandonné, — la ligature à l'aide d'une anse de fil de soie, procédé lent qui expose aux récidives, — la cautérisation au thermocautère qui a pu occasionner des rétrécissements de l'urèthre, l'excision au bistouri ou aux ciseaux, à laquelle on peut reprocher des hémorragies secondaires, évitables par un attouchement du pédicule sectionné au thermocautère, mais cet attouchement peut exposer aux rétrécissements ultérieurs (crainte un peu exagérée, je crois, à moins qu'on ne fasse une cautérisation circulaire, ce qui est exceptionnellement indiqué) ; — il étudie ensuite plus longuement un procédé, qu'il appelle "traitement de choix," consistant dans la résection de la terminaison de l'urèthre et du méat urinaire, procédé dû à M. H. Delagerière, du Mans. Voici comment l'A. décrit ce procédé : 1° Il n'y a pas d'uréthrocèle : on pratique une incision en raquette, dont la boucle circonscrit le méat, et dont la queue descend sur la ligne médiane, dans la direction de l'urèthre, dans une étendue de 15 millimètres environ. Le méat, puis l'urèthre, sont alors disséqués avec précaution et isolés. Cette dissection peut se réduire à celle de la muqueuse seule, s'il n'y a pas de déformation très considérable de l'urèthre. Dans le cas contraire, on devra disséquer plus largement et enlever toute l'épaisseur du conduit. Lorsque la dissection est terminée, on exerce sur le conduit disséqué des tractions douces et modérées, afin de se rendre compte de l'étendue de glissement dont il est capable. Cette descente de l'urèthre, comme dans le procédé de Whitehead pour les hémorroïdes, doit être suffisante pour permettre la résection de toutes les parties malades de l'urèthre. Cette partie malade, qui contient tous les polypes de la muqueuse prolapsée, est sectionnée transversalement d'un coup de ciseaux. Il faut alors procéder à la suture de l'extrémité sectionnée de l'urèthre, aux bords de la plaie circulaire faite autour de l'ancien méat. Ces sutures seront faites à points séparés, de préférence avec des crins de Florence fins, 4 ou 5 crins suffiront. Lorsque le nouveau méat sera ainsi reconstitué, on terminera l'opération par un ou deux points de suture sur la muqueuse vaginale incisée par la queue de la raquette au-dessous du méat.

(*Indep. méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Compte rendu analytique de la séance du 29 octobre 1901

Présidence du docteur L. A. DEMERS.

Le secrétaire, M. Jean Descary, lit les minutes de la dernière séance, qui sont adoptées à l'unanimité.

Présentations de pièces anatomiques

M. Alphonse Mercier présente les pièces anatomi-

ques d'un malade mort à son entrée à l'hôpital. Les poumons sont congestionnés et présentent à la coupe des petits tubercules miliaires ; la rate présente le même aspect, elle est hypertrophiée, et l'examen microscopique révèle la présence de bacilles de Koch. Le cœur est notablement hypertrophié, mais il ne présente aucune lésion valvulaire et aucun signe de tuberculose.

M. Mercier explique cette hypertrophie au fait que le cœur faisait un surcroît de travail pour suppléer aux reins qui ne fonctionnaient ici qu'à moitié, car ils sont poli kystiques. Ils n'auraient pu être diagnostiqués, ante mortem, puisque l'on se guide dans ce cas sur la grosseur du rein, et qu'ils étaient petits ici.

Le sujet est mort dans des symptômes urémiques. La mort est attribuée à une congestion de poumons, causée par la granulie.

Une tumeur utérine.

M. Normandin nous fait voir une grosse tumeur ; c'est un néoplasme développé aux dépens de la muqueuse utérine. A une séance ultérieure on nous donnera le résultat de l'examen histologique.

Organisation du Bureau de santé de Montreal en rapport avec les maladies contagieuses

M. J. E. Laberge a été autorisé par ses chefs de l'Hôtel-de-ville à lire ce travail devant la Société médicale.

Le bureau de santé serait heureux de recevoir les suggestions des membres de la Société. Le conférencier passe en revue les devoirs du médecin en ce qui regarde les maladies contagieuses qui sont sous le contrôle du Bureau de santé : variole, scarlatine, diphtérie, typhoïde, tuberculose.

Il énumère les moyens prophylactiques à chacune de ces maladies.

Il espère que l'année prochaine la municipalité accordera plus pour l'hôpital Civique.

M. Hervieux dit que c'est par l'eau que la typhoïde nous est le plus souvent apportée. Il suggère donc au Bureau de santé de pouvoir nos services de bons filtres. De cette façon une grande partie de la contagion serait enrayée.

M. Marien trouve nos rues malpropres. Au lieu de dépenser tant d'argent à chercher les meurtriers, on devrait sacrifier un peu plus pour abattre la poussière de nos rues qui fait bien des victimes, en servant de véhicule à tant de microbes pathogènes.

La syphilis devrait aussi être contrôlée par le Bureau de santé.

M. Foucher suggère, en ce qui regarde sa spécialité, que les cas d'ophtalmie purulente soient déclarés.

M. Lesage proteste contre la nouvelle décision du Bureau de santé de ne pas fournir le vaccin gratuitement ; on devrait même fournir aux pauvres le sérum anti-diphtérique.

M. Daigle voudrait que l'on s'intéressât à faire disparaître certaines habitations malsaines, qui contribuent à cultiver la maladie.

M. Dubé suggère la formation d'un comité chargé d'étudier la question.

M. Hervieux, secondé par **M. Marien**, propose que les messieurs suivant fassent partie du comité : Demers, Leblanc, Descarries, Jeannotte, Dubé, Daigle, Lesage, Foucher, Hervieux. Ce comité fera une enquête sur l'organisation du Bureau de santé, puis il fera ensuite ses suggestions sur les améliorations à faire.

Tumeurs du sein et leur traitement

M. Marien divise les tumeurs du sein en tumeurs inflammatoires ou bénignes et en tumeurs cancéreuses ou malignes (épithéliome, sarcome). Les tumeurs inflammatoires sont aiguës ou chroniques.

Le sein, à l'époque de la grossesse et de l'allaitement, fait des poussées prolifératives et congestives ; c'est la cause prédisposante des inflammations du sein. La cause déterminante c'est l'infection. La cause occasionnelle la plus fréquente des inflammations du sein c'est la puerpéralité. En effet les efforts de succion de l'enfant, qui mâchonne le mamelon et dont la petite bouche héberge des germes pyogènes nombreux, sont des causes évidentes d'infection.

Sous le titre d'inflammation chronique, nous comprenons la tuberculose et la syphilis, ainsi que les infections du staphylocoque et du streptocoque.

Dans toutes ces infections chroniques, si l'agent pathogène est peu virulent, le processus inflammatoire édifiera une tumeur scléro-kystique ou scléro-adénomateuse, tandis que si l'infection est très virulente, elle se terminera par une dégénérescence caséuse avec ulcérations ou par une fonte purulente avec abcès.

Le conférencier comprend dans la classification des tumeurs inflammatoires toutes les autres tumeurs non cancéreuses, parce qu'il croit qu'elles ont toutes, pour point de départ, une infection soit microbienne, soit parasitaire.

Le traitement des affections inflammatoires peut être : 1° *prophylactique* (soins hygiéniques des mamelles, surtout pendant la grossesse et l'allaitement) ; 2° *abortif* ; 3° *curatif* (chirurgical).

Dans les inflammations chroniques le traitement doit être avant tout chirurgical.

La tuberculose mammaire sera traitée chirurgicalement aussi promptement que possible, à cause de sa marche envahissante ; le traitement médical viendra seconder le précédent.

Dans toutes les affections chroniques il faut se hâter d'intervenir, car l'on sait aujourd'hui que les tumeurs les plus bénignes peuvent subir une dégénérescence cancéreuse.

Il étudie la pathogénie des tumeurs cancéreuses. Le sarcome, ou cancer conjonctif, a une marche envahissante plus rapide que l'épithéliome.

Le traitement des cancers du sein proscrit sans hésitation toutes les méthodes de temporisation, de tergiversation et de traitements locaux qui consistent en vérité à laisser au néoplasme le temps de se généraliser sous le fallacieux prétexte de faire fondre la tumeur.

Et la séance est levée.

A une séance antérieure avaient eu lieu les élections des officiers, qui a donné ce résultat :

M. le Dr L. A. Demers,	président.
— A. Leblanc,	vico-président.
— Jean Descarries,	secrétaire.
— Jeannotte,	trésorier.
— Daoust,	assistant secrétaire.

RHEAUME.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° The Cause of Diffuse Peritonis Complicating Appendicitis, and its Prevention. — A. J. Ochsner, Chicago. — Extrait du *J. Amer. med. Ass.*
- 2° Ileus caused by Neoplasms. A. J. Ochsner, Chicago. Extrait des *Annals of Surgery.*
- 3° Fibroid Tumors of the Uterus when is the Proper time for their Removal. Mary Dixon Jones, New-York. — Extrait des *Annals of Gynecology and Paediatry.*
- 4° The Evolution of my Technique in the treatment of Fibroid uterus tumors by H. A. Kelly. — Is it Extra or Intra peritoneal treatment of the Pedicle, Total Hysterectomy or a combination of both — Mary Dixon Jones, New York. — Extrait de la *St. Louis Medical Review.*
- 5 The Origine and Formation of Fibroid Tumors of the Uterus. Mary Dixon Jones. — Extrait du *New-York Medical Record.*

FORMULAIRE

TEIGNE TONDANTE.

(BARBE).

Mono chlorophénol..... 20 grammes.

Alcool..... 80 —

Essence de lavande.. 10 —

Faire chaque jour avec ce mélange une friction sur les plaques, puis les recouvrir d'un morceau de taffetas.

(Ann. thérap.)

Travaux Originaux

DE L'INTOXICATION AIGUE PAR LE TRIONAL.

par le Dr Z. RHEAUME.

Je viens apporter ma faible contribution à l'étude du trional.

Ce médicament relativement nouveau, puisqu'il a été découvert en 1890 par Baumann et Kast, n'est entré dans la pratique courante que depuis quelques années ; cependant les auteurs l'ont suffisamment expérimenté pour être déjà à peu près fixés sur son action physiologique.

Le trional, comme la plupart des hypnotiques vrais, paraît provoquer le sommeil en anéantissant le cerveau, en suspendant l'activité de la cellule nerveuse.

A doses thérapeutiques, la respiration et la température restent normales. Des doses toxiques produisent des nausées, des vomissements, de la paralysie, de l'hyperthermie ; le pouls est ralenti.

Pour Koppers le trional serait antisudorifique. A la dose de 0,50 centigrammes il arrêterait des sueurs abondantes ; cependant Boudeau (thèse de Paris) a constaté un effet inverse dans deux cas.

Le trional peut procurer le sommeil dans tous les genres d'insomnie, mais c'est dans l'insomnie nerveuse et chez les neurasthéniques qu'il produit les effets les plus appréciables et les plus constants (Manquat).

Nous avons eu l'occasion d'administrer ou de voir administrer le trional chez 46 patients ; dans 44 de ces cas, l'effet du médicament a toujours été assez bienfaisant, et chez ceux où l'état hypnotique n'a pas été provoqué, nous n'avons pas eu, au moins, d'effets désagréables, pas d'intoxications ; dans les deux autres cas nous avons constaté des phénomènes si bizarres que nous croyons intéressant de rapporter les observations.

1ère observation.— Madame X., 25 ans ; antécédents héréditaires et personnels, rien d'important. La malade est très impressionnable, un rien la contrarie, et toute contrariété la fait pleurer ; mais elle ne présente pas d'états pathologiques pouvant contre-indiquer l'administration du trional : pas de lésions cardiaques non comprises, pas de signes de paralysie générale, pas de néphrite.

Le 15 octobre 1901, je suis appelé auprès de cette dame pour une fausse couche à trois mois. L'hémorragie est contrôlée, et le placenta est extrait ultérieurement

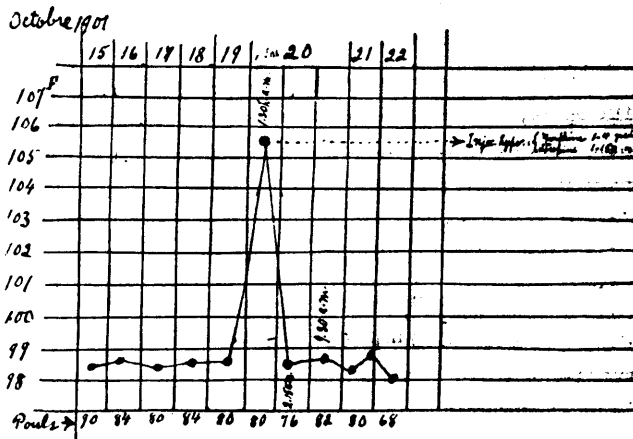
par des interventions quotidiennes (injections intra-utérines).

Le 19 octobre, notre patiente n'a pas dormi depuis deux jours ; c'est une insomnie simple, sans douleur. Nous jugeons alors à propos de donner du trional. A 9 heures un cachet de 0,70 centigrammes est administré : dans les cas d'insomnie simple cette dose à l'habitude de bien agir.

A 10 heures p. m., un message téléphonique m'apprend que le médicament n'a pas eu l'effet désiré, et que la patiente est nerveuse, excitée. Je conseille alors de faire prendre un autre cachet de 0,70 centig.

Ce deuxième cachet était à peine avalé que les symptômes précédents s'aggravèrent : excitation, sensation de chaleur à la face, transpiration abondante, céphalal-

Feuille d'observation I



gie interne, sensation désagréable à l'épigastre, dyspnée, légères convulsions cloniques des membres supérieurs, mais la malade est consciente.

Cet état de chose provoquait déjà des craintes chez la patiente et son entourage, et ce n'est que trois heures après que j'ai pu me rendre auprès de la malade, que j'ai trouvée, à prime abord, dans un état inquiétant.

La colonne mercurielle me traduit une température de 105,2 F. Je me laisse aller alors à toutes sortes de conjectures : " Aurais-je de l'infection du côté de l'utérus ? Mais le matin même la température était normale ! La matrice aurait peut être été perforée !— Enfin je songeais déjà à une intervention d'urgence, lorsque le pouls vint me rassurer. Celui-ci ne présentait pas le moindre caractère inflammatoire, il était régulier, compressible, 80 pulsations à la minute. J'attribue alors l'état pathologique, dans lequel se trouve la malade, à l'action du trional.

Comme notre patiente souffrait de céphalalgie, et comme je me rappelais que certains auteurs (Beyer) associent avec succès le trional à l'opium, je me décidai à donner une injection hypodermique de morphine associée à l'atropine.

Morphine..... 1/4 grain.

Atropine..... 1/150 —

L'atropine avait ici pour mission, en outre de son action analgésique, de neutraliser l'effet congestionnant de la morphine sur le cerveau, celui-ci étant déjà très congestionné.

Cette injection obtint une réaction bienfaisante presque instantanément. 1/4 heure après, presque tous les symptômes énumérés plus haut étaient notablement atténués. Et 45 minutes après l'injection la température était retombée à la normale (température 98 1/2 F., pouls 76). La malade put reposer quelque temps, et le lendemain, sauf un léger ténésme vésical et quelques soubresauts, tout était rentré dans l'ordre.

II observation. — C'est celle d'un jeune homme qui fut opéré, le 21 novembre 1900, pour une hernie inguinale; chez ce sujet une dose de 0,70 centigrammes de trional produisit à peu près les mêmes accidents que dans le cas précédent.

Conclusion.

1) Le trional est un médicament qui, quoique ne présentant aucun symptôme d'intoxication avec des doses très élevées, peut intoxiquer à doses relativement faibles.

L'absorption de 16 grammes de trional, chez certains sujets, n'a pas produit la mort; cependant Boudeau (Th. de Paris 1895) rapporte deux cas où la mort était imputable à l'action du trional.

2) Dans les cas que nous rapportons plus haut, nous avons certainement eu affaire à des intoxications, quoique la plupart des symptômes allaient à l'inverse des accidents habituels aux doses toxiques du trional, (hyperthermie très prononcée au lieu d'hypothermie, sueurs abondantes au lieu d'une action antisudorifique, etc.).

Nous pouvons attribuer ces intoxications à une action paradoxale du trional en face d'un état idiosyncrasique des sujets.

3) Dans les intoxications aiguës par le trional, l'opium ou la morphine serait d'une grande utilité, et ceci serait d'autant plus vraisemblable que certains auteurs combattent avec le trional des accidents de la morphinomanie.

492, rue Saint-Denis.

Coq-à-l'âne médicaux.

Rétrécissement carcinomateux du colon. — Malaise vague, gonflement, constipation, symptômes passant sous le titre d'indigestion, mais que l'on ne peut rapporter à l'estomac et qui ne sont pas améliorés par un traitement ordinaire. Crises de douleurs ou de spasmes localisés au colon revenant souvent tous les jours et n'ayant pas de rapport avec le temps de l'ingestion des aliments. Ténésme rectal. L'épithéliome est la forme la plus commune et elle reste longtemps limitée avant de se généraliser. Il est donc important de faire le diagnostic de la nature de la lésion, car une extirpation à bonne heure et large peut amener la guérison ou prolonger de plusieurs années la vie de la personne. Lorsque des symptômes d'obstruction surviennent, il vaut mieux opérer en deux temps, d'abord enlever l'obstruction en faisant une colotomie, puis, plus tard, faire l'ablation de la tumeur et unir les deux bouts d'intestin. (Walsham, in *The Lancet*).

Les cours de l'université McGill. — Il est très probable que prochainement les cours de médecine du McGill seront de cinq sessions de neuf mois chacune. Voilà une mesure qui rencontrera l'approbation universelle de la profession médicale.

Pilules anaphrodisiaques. — Ricord prescrivait à un de ses clients les plus blennorrhagiques et les plus affectés des pilules calmantes au bromure de camphre.

“Ça, voyez-vous, c'est souverain; ce sont de vraies pilules de contrebande.”

Bleu de méthylène. — Cette substance, pour usage interne, doit être chimiquement pure. Elle ne sera pas confondue avec le bleu de méthyle. L'eau d'ammoniaque sert à les distinguer: une solution de bleu de méthylène se décolore par l'addition d'eau d'ammoniaque, une solution de bleu de méthyle ne change pas. (Ross, in *Post-Graduate*.)

Les gynécologues. — Blandin a dit que les gynécologues étaient des spéculateurs de spéculums.

Les yeux des tuberculeux. — En sus des signes ordinaires, Ribard dit: Je dois signaler un fait d'observation que je n'ai trouvé nulle part noté. Bien des fois j'ai rencontré, chez de jeunes sujets prédisposés ou déjà en puissance de tuberculose, une dilatation permanente d'un certain nombre de vaisseaux de la partie externe du blanc de l'œil. Vus de loin, ces petits vaisseaux san-

guins, se détachant fortement en rouge sur un fond blanc, font l'impression d'une tache très nette et d'autant plus visible que le sujet regarde son nez. Je possède plusieurs observations d'enfants et d'adolescents chez lesquels j'avais noté ce signe, au moment où ils semblaient jouir d'une santé parfaite. Ils sont devenus tuberculeux 5, 10 et même 15 années après ma remarque. (*La tuberculose est curable*).

L'origine de la femme. — Un de nos confrères, hostile à la théorie de l'évolution, et, paraît-il, assez malheureux en ménage, avait l'habitude d'expliquer ainsi l'origine de l'espèce humaine :

Quand Dieu eut créé l'homme, il se dit :

— " Ça n'est pas bien réussi. Je vais essayer encore ! "

Et il créa la femme. Mais alors :

— " C'est encore plus raté. Décidément je ne ferai rien de bon avec cette planète ! "

Et il s'en tint là. (*Lyon méd.*)

NIRE.

Revue des journaux

MÉDECINE

Les principaux types d'asthme cardiaque.

par M. DOAZAN (Th. de Paris).

L'étude des observations cliniques de pseudo asthme chez les cardiaques permet de les classer en deux grandes catégories, les petits accès et les grands accès. M. Doazan, élève de Merklen, montre que ces formes diffèrent par leurs symptômes, leur étiologie, l'interprétation pathogénique qu'on en peut donner et leur traitement.

Les petits accès sont cliniquement caractérisés par une dyspnée survenant au cours du sommeil, ayant son maximum d'intensité d'emblée, car ils sont rapidement calmés par le réveil et les efforts respiratoires. Leur durée varie de quelques minutes à une demi-heure.

Ils peuvent s'observer dans les cardiopathies rhumatismales décomposées et dans la plupart des cas d'insuffisance cardiaque. Ils s'observent plus encore chez les artério-scléreux séniles ; leur accès de dyspnée est souvent compliqué de sténocardie, ce qui semble indiquer une insuffisante irrigation du myocarde.

Les petits accès qui surviennent au cours des cardiopathies rhumatismales coïncident habituellement avec

des accidents hyposystoliques et cèdent comme eux au repos et à la digitale. Cela prouve qu'ils dépendent principalement de l'insuffisance cardiaque.

Les petits accès de scléreux séniles paraissent subordonnés à un état habituel de myopragie cardiaque qui s'exagère sous l'influence du sommeil, mais il est possible qu'ils résultent pour une part de l'insuffisante irrigation des centres respiratoires, c'est à-dire de l'athéromasie cérébrale. L'usage habituel de la théobromine à petites doses suffit souvent pour en prévenir le retour.

Les grands accès sont caractérisés par des crises de dyspnée, souvent aussi nocturnes, mais parfois diurnes, crises violentes qui ne cessent qu'après une heure, deux heures et même davantage.

Ces accès ont tantôt une forme simple, tantôt sont compliqués d'angine de poitrine ou d'œdème pulmonaire. On les observe chez les grands artério-scléreux qui peuvent présenter, avec une prédominance variable, des manifestations de myocardite, d'aortite ou de sclérose rénale.

Ce sont des accès dont la pathogénie est complexe. L'insuffisance rénale et la toxémie alimentaire doivent être mises au premier plan. Mais l'insuffisance cardiaque peut contribuer à les produire ou à favoriser leur répétition. D'autre part, ils peuvent dépendre de l'ingestion de certains aliments et des troubles dyspeptiques qui relèvent de l'insuffisance rénale, se rapprochant ainsi des accès dyspnéiques d'origine gastrique. Enfin, il faut tenir compte de l'irritabilité des centres respiratoires qui s'établit chez certains artério-scléreux après un ou plusieurs accès, et qui en facilite le retour à l'occasion des causes les plus diverses, même l'émotion.

La thérapeutique sera complexe comme la pathogénie. L'indication capitale est de favoriser l'élimination rénale et d'empêcher les intoxications par le régime lacté surtout.

Cela n'empêche que les médicaments toni cardiaques et diurétiques, en particulier la digitale et la théobromine sont nécessaires dans un grand nombre de cas. La médication vaso-dilatatrice (trinitrine, tétranitrate, d'érythrol) qui soulage le travail du cœur peut prévenir aussi, chez certains artério-scléreux, la répétition des crises.

Quand il existe des troubles gastriques, il faut éviter, par un régime sévère, toute excitation stomacale capable de mettre en éveil l'irritabilité des centres respiratoires. Cette irritabilité elle-même devra, dans certains cas, être calmée par l'emploi de petites doses de chloral.

Au point de vue du traitement immédiat des accès, la ligne de conduite sera différente suivant qu'ils seront compliqués ou non d'œdème pulmonaire. Dans ce dernier cas, il faut recourir à la saignée et à la révulsion, tout en y associant les injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée. Les grands accès sans œdème peuvent être justiciables des injections de morphine à

petites doses, dont il sera nécessaire de surveiller l'action mais il faudra aussi prévenir la défaillance cardiaque en y adjoignant les injections de caféine, d'huile camphrée et d'éther.

(Gaz. hebdomadaire, méd. et chir.)

Les hebephreniques.

par M. DENY.

Cette forme de démence précoce débute à la puberté par une période qu'on pourrait appeler prodromique, où l'on note seulement de la variabilité d'humeur; les petits malades, qui, jusque-là, se faisaient remarquer par un caractère enjoué, toujours égal, qui travaillaient d'une manière satisfaisante, deviennent brusquement et sans cause appréciable moroses, tristes, abattus, nerveux, incapables de toute occupation. Cet état dure des jours, des semaines et des mois, puis survient une période d'agitation. Celle-ci s'annonce par de la loquacité puérile, un besoin de mouvement sans motif; les jeunes hébephreniques vont, viennent, se déplacent, font des fugues, sans pouvoir expliquer le but de leurs voyages, en un mot, sont dans un état de surexcitation perpétuelle. Si on les interroge, ils racontent mille histoires invraisemblables, émettent des projets fantastiques: leur position va changer: le plus souvent en mieux, comme dans le délire des grandeurs. Telle jeune fille de classe modeste pense épouser un jeune homme riche et bientôt habitera un château splendide. Les idées de richesses, de naissance illustre, dominant. D'autres fois ce sont des idées érotiques, mystiques, hypochondriaques ou de persécution.

Ce qui est intéressant à signaler dans cette forme de maladie mentale, c'est le caractère essentiellement mobile et fugace des idées délirantes, leur absence de systématisation.

Elles portent le cachet de l'absurdité, de la puérité.

Les malades ont un état mental déjà affaibli intellectuellement et souvent moralement. Quant aux éléments de ces conceptions délirantes, ils sont puisés dans des lectures prématurées, romans tendancieux, historiques etc., qui enflamment leur imagination.

D'un autre côté, ces petits malades font des interprétations erronées de faits réels. Ils ont d'ailleurs des illusions et des troubles sensoriels qui sont aussi le point de départ de leurs délires, de même que leurs rêves.

Quelles que soient leurs origines diverses, ces idées sont tout-à-fait incohérentes, illogiques et absurdes.

Non seulement leur langage, mais leur manière d'être, leur attitude, traduisent le désordre de leur intelligence. Ils sont bruyants, gesticulent, ont la démarche altière, l'air très décidé, prennent des attitudes théâtrales.

Cet état dure environ un mois, et il est entrecoupé

de périodes de rémission pendant lesquelles les petits malades semblent revenir à la raison, sont calmes et répondent exactement aux questions qui leur sont posées durant quelques heures.

Brusquement, ils reprennent leur agitation primitive, ou bien parfois, au contraire, tombent dans un état de dépression et de mutisme analogue à l'état *catatonique*.

Ces malades sont sujets à des *impulsions*; ils ont des emportements, des colères subites, cassent les objets, déchirent leurs vêtements, etc.

Cependant la maladie ne suit pas toujours la marche fatalement progressive que je viens de vous décrire. Quelquefois on voit les périodes de calme se prolonger pendant un temps assez long pour que l'on puisse croire, sinon à la guérison, au moins à une rémission durable, et l'on permet une sortie.

Mais les petits malades ne tardent pas à perdre de nouveau la mémoire, à devenir inattentifs; ils recommencent le même travail, gâchent la marchandise qu'on leur confie; puis, au bout de 6 mois, un an ou deux, sous l'influence d'une légère contrariété, d'un chagrin, ils retombent dans cet état d'agitation interrompue, de phases dépressives, que je décrivais tout à l'heure, avec de rares moments de lucidité; finalement, la personnalité du sujet se dissocie; le langage devient incohérent, décousu, la maladie passe à sa période d'état et n'est plus susceptible de guérir.

Cette période d'état offre les mêmes caractères que la période d'invasion, c'est-à-dire que les malades sont en continuelle agitation, ils ont des hallucinations, des impulsions, parfois des crises de dépression, mais jamais de moments lucides. Leur tenue est négligée, ils gâtent, se roulent à terre, se livrent à mille actions extravagantes.

Voici, par exemple, une observation qui vous donnera une idée assez nette de ce qui est l'évolution de la folie hébephrenique. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, bien développé physiquement, et d'apparence intelligente, parlant avec suffisance, et n'ayant pas présenté d'accidents nerveux dans son enfance, quoique ses parents déclarent qu'il était "bizarre."

A 14 ans, à l'occasion d'un repas de noces, il fut pris au milieu de la journée de vomissements, puis de fièvre et de délire d'apparence maniaque, qui dura pendant quinze jours. Il était agité, divaguait, était atteint d'insomnie. Après cet accès aigu, le malade aurait joui d'une santé normale (?) pendant dix-huit mois. Puis, sans cause connue, il recommença à être agité, à divaguer et eut du délire mystique. Enfin, il y a un mois, les accidents prirent une grande intensité. Ce jeune homme, qui jusque-là lisait fort peu, s'enthousiasma pour une brochure sur une guerre lointaine, et, un jour s'absenta pendant deux jours avec quelques camarades; il eut des hallucinations visuelles et auditives, et du délire mystique. Puis il présenta des idées de grandeur, de la loquacité,

des projets et des actes extravagants, des accès de colère. Ajoutons qu'il accuse de la frigidité, ce qui est habituel chez ces malades.

Telles sont les conditions que j'ai cru nécessaire de vous exposer avant de vous présenter trois malades appartenant au type hébéphrénique, et chez lesquelles vous pourrez constater les caractères et les signes de la démence précoce, à forme hébéphrénique, que je vous ai décrit.

(Indép. méd.)

Discussion sur le diagnostic pathogénique d'une arthrite du genou.

par le prof. DIEULAFOY.

Le malade qui fait l'objet de cette leçon est un homme âgé de 27 ans, terrassier, qui fut pris, il y a plusieurs mois, d'une angine suivie bientôt d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Sous l'influence du traitement par le salicylate de soude, il guérit et la phlegmasie quitta successivement toutes les jointures sauf celle du genou, où elle se localisa sous forme d'arthrite. Après quelques jours passés à Vincennes, il rentra de nouveau à l'hôpital dans un service de chirurgie, où l'on fit une ponction de l'articulation malade, qui donna issue à 80 grammes de liquide séro purulent et hématisé. A la suite d'une deuxième ponction, le malade fut tellement soulagé qu'il partit, mais bientôt les douleurs reparurent, la marche devint difficile et le malade revint dans le service.

Voici ce que l'on constate aujourd'hui.

Le genou droit est plus volumineux que le genou gauche (2 centim. 1/2 de différence) ; les culs de sacs sont dilatés et douloureux, le malade a de la difficulté à monter un escalier. Nous avons affaire, en somme, à une arthrite sub-aiguë tendant à la chronicité. Mais il faut déterminer sa nature et sa cause. C'est ce diagnostic pathogénique que je désire étudier devant vous.

Il est évident que cette arthrite purulente et hémorragique, développée ainsi en quelques semaines, n'est pas le fait du rhumatisme articulaire aigu franc ; il s'agit donc à coup sûr d'une forme secondaire.

Deux maladies surtout sont susceptibles de s'accompagner de pseudo-rhumatisme articulaire : la scarlatine et la blennorrhagie ; or dans le cas actuel aucune de ces deux causes pathogéniques ne pouvait être invoquée. Restait la tuberculose. Les exemples de rhumatisme tuberculeux sont aujourd'hui bien connus. Je vous rappellerai, notamment, l'observation de Leveran : un militaire arrive au corps, est pris de rhumatisme aigu généralisé ; au bout de quelques jours survient une grande dyspnée : le soldat meurt avec des symptômes pulmonaires et on trouve à l'autopsie le genou infiltré de granulations tuberculeuses.

Depuis quelques années cette question a été mise à

l'étude et un certain nombre d'auteurs, Bondet, Poncet, Jaccoud, ont fait des observations analogues à la précédente. Un individu jeune se présente avec le tableau du rhumatisme articulaire aigu généralisé ; on lui administre le salicylate et l'antipyrine ; un mois à cinq semaines se passent, le malade s'améliore, on le croit guéri, mais une jointure (cou de pied, coude, ou plus souvent genou) s'enlise de plus et présente les caractères non douteux de l'arthrite ; celle-ci aboutit finalement l'ostéopériostite tuberculeuse ou tumeur blanche.

Le cas de notre malade est-il justiciable de cette interprétation ? En examinant cet homme d'apparence robuste, solide et bien musclé, il ne viendra à l'idée de personne de le croire tuberculeux ; mais cette remarque, vous le savez, perd beaucoup de son intérêt quand on sait combien sont peu rares les cas dans lesquels la bacillose évolue à l'état larvé ou latent, sous les dehors trompeurs de la meilleure santé. Il n'est pas rare de voir dans ces conditions éclater soudainement la fameuse pleurésie dite *a frigore* que nous savons être le plus souvent d'origine tuberculeuse. Nous savons également que la méningite de même origine survient chez des adultes au cours d'une excellente santé. Chez une foule de gens âgés d'une trentaine d'années, qui se plaignent de vagues malaises, et que l'on considère le plus souvent comme des neurasthéniques, on peut, par une investigation attentive, découvrir les signes d'une lésion pulmonaire commençante. C'est ce que nous avons constaté chez notre malade ; malgré son aspect et l'absence de tare bacillaire héréditaire ou personnelle, nous avons trouvé, à l'auscultation du sommet, des signes de tuberculose. Les cas analogues sont loin d'être rares, on dirait le contraire avec plus de vérité. Il faut donc les rechercher avec soin, et si l'examen des poumons ne révèle rien, chercher du côté des amygdales, du nez, des ganglions, car la tuberculose adénoïdienne peut rester silencieuse durant de nombreuses années, quitte à revêtir un jour la forme cérébrale foudroyante.

Enfin, vous pourrez encore recourir au séro-diagnostic de la tuberculose imaginé, en 1898, par Arloing, de Lyon, et qui permet de dépister ces formes latentes, lorsque les moyens cliniques habituels sont insuffisants.

Straus avait déjà obtenu des cultures de bacille de Koch en milieu solide, mais il fallait obtenir la même culture en milieu liquide, et ce n'est qu'après une série de tâtonnements que l'on y arriva. Voici comment. On commence par ensemençer la pulpe de pomme de terre avec le bacille tuberculeux ; puis on prélève un échantillon, en ayant soin de choisir les régions où la culture est particulièrement belle et luxuriante, et on la fait tremper dans l'eau glycéinée, où passent un certain nombre de bacilles ; on ensemençé dans le bouillon peptoné stérilisé et on porte à l'étuve à 38°, à 39°, en ayant soin de secouer le tube pour rendre la culture homogène.

On prend, par exemple, 5 gouttes de cette culture

et on la met en contact avec 1 goutte du sérum du malade : on fait également des préparations au 1/10e et au 1/20e.

(Indép. méd.)

CHIRURGIE

Les Injections interstitielles de vaselline dans un but de prothese chirurgicale.

(Soc. de méd. Berlin.)

M. Stein présente une maladie guérie d'une ensellure du nez par la méthode de Gersuny.

En ce qui concerne la toxicité de la paraffine, M. Stein a pu s'assurer que, pourvu qu'on emploie un produit absolument pur, il n'y a aucun danger d'intoxication; c'est ainsi que chez une souris pesant 15 grammes, il a pu injecter sans inconvénient 5 grammes de paraffine, soit le tiers du poids du corps. Quant aux embolies pulmonaires, il suffit, afin de les éviter, de ne pas piquer une veine; pour cela, il faut avoir soin de faire un pli à la peau, et de n'adapter la seringue à l'aiguille que s'il ne sort pas de sang par celle-ci: l'insuccès de M. Pfannensteil lui paraît attribuable à ce que l'injection avait été faite en plein tissu musculaire, et sans qu'on eût pris la précaution de soulever la peau.

Quant au sort ultérieur de la paraffine ainsi abandonnée dans l'organisme, l'orateur croit qu'elle se résorbe peu à peu mais en étant remplacée par du tissu conjonctif, de sorte que la persistance du résultat plastique se trouve assurée; ce qui le confirme dans cette opinion, c'est que, quel que soit le point de fusion — et il peut être très variable — de la paraffine employée la consistance du nodule augmente ou diminue peu à peu, suivant les cas, si bien qu'au bout d'un mois elle est toujours sensiblement analogue à celle du cartilage.

(Indép. méd.)

GYNECOLOGIE

Opothérapie ovarienne.

par M. EDMOND VIDAL.

Messieurs, dans ma dernière communication sur l'opothérapie ovarienne, je vous ai présenté un certain nombre d'arguments physiologiques et biologiques faits pour entraîner la conviction sur l'action thérapeutique réelle des extraits d'ovaires.

Désireux de ne laisser dans l'ombre aucun point de cette intéressante question, je vous demanderai aujourd'hui la permission d'abuser encore de votre bienveillante

attention pour préciser les modes d'administration et de préparation de ces extraits.

De toutes les méthodes employées, la plus séduisante, mais la moins pratique, est la greffe sous cutanée ou intrapéritonéale d'ovaire frais. Les quelques observations que j'en ai rencontrées sont le plaidoyer le plus entraînant en faveur de la méthode, témoin cette observation de James Glass, que publie le *New-York Medical Journal* de décembre 1898. Une jeune femme ayant subi en 1896 une double ovariectomie souffrait depuis cette intervention de troubles divers: perte de l'instinct sexuel, dépression mentale, insomnie, vertiges, bouffées de chaleur, palpitations, douleurs pelviennes, etc. Après divers traitements suivis sans succès, on lui fait la ventrofixation le 11 mai 1898. En même temps, une jeune femme de 17 ans, largement déchirée lors d'un accouchement antérieur, fut soumise à la castration pour éviter une nouvelle conception.

On décida de transplanter dans le péritoine de la première opérée l'ovaire sain de la seconde. L'ovaire enlevé avec précaution, fut déposé sur une gaze aseptique chaude et humectée de solution physiologique. On incisa alors le vagin de la première malade, on détacha et incisa le péritoine au voisinage du siège normal de l'ovaire et on fixa avec 2 points de catgut l'ovaire en question. Six jours après cette greffe, la malade, à sa grande surprise et à sa non moins grande joie, avait de l'éréthisme sexuel et des rêves érotiques: au 15e jour, les règles arrivaient et duraient 2 jours pour ne reparaitre que 6 mois après, et revenir ensuite régulièrement, la malade ayant recouvré une parfaite santé. Bien que venant d'Amérique, cette observation nous paraît des plus concluantes et bien faite pour entraîner la conviction; si, dans l'esprit des chirurgiens, l'amélioration des signes subjectifs peut être imputée à la ventrofixation, on ne peut lui attribuer le retour de l'instinct sexuel et de la menstruation, retour dû indiscutablement à la greffe ovarienne. Mais c'est là un procédé d'exception, et le chirurgien aura rarement l'occasion de transplanter des ovaires sains, l'ovariectomie étant aujourd'hui à quelques rares exceptions près, réservée aux ovaires malades.

La voie gastrique, qu'inaugura Howitz, de Copenhague, est la plus rationnelle. L'ingestion stomacale semble n'altérer en rien les principes de la glande, sur lesquels seraient sans action les ferments protéolytiques. L'ingestion d'ovaire cru semble la plus simple des méthodes, et c'est elle pourtant qui présente les plus grandes difficultés dans la pratique courante. Il est extrêmement difficile, dans les grands centres, de se procurer en toute saison des ovaires frais de génisse, de vache ou de truie: les bouchers n'allant pas toujours aux abattoirs et étant du reste incapables de discerner un ovaire d'un ganglion: la malade doit s'y rendre elle-même chaque jour ou envoyer quelqu'un pour qui la tâche n'est pas toujours aisée. Si, en hiver, il est possible de conserver deux ou

trois jours des ovaires frais dans de la glace, il faut, dès la saison chaude, renouveler chaque jour sa provision sous peine d'introduire dans les voies digestives des ptomaines dont les effets nocifs ne tardent pas à se faire sentir. En second lieu, bien des malades se refusent à accepter cette médication difficile à déguiser, sous cette forme, d'un nom de fantaisie. Il faut alors la complicité d'un membre de la famille qui devra déguiser suffisamment la préparation pour la faire absorber sans répugnance.

Quoi qu'il en soit, si l'on s'est décidé à user de cette forme d'ovariothérapie, après avoir débarrassé ces organes de leurs enveloppes, des ligaments, des graisses, et du sang qui les entourent, on les lave à l'eau courante, puis on les hache en morceaux très menus que l'on incorpore à un potage au tapioca, ou que l'on enroule dans du pain azyme.

Le choix des animaux qui doivent fournir leurs ovaires a une très grande importance. Il importe tout d'abord, pour éviter la surélévation excessive du prix de revient, de choisir des animaux de débit courant, que l'on rencontre chaque jour aux abattoirs. Les ovaires de jument et d'ânesse étant en général fibreux ou kystiques seront rejetés comme défectueux. Les ovaires de truie, qui pèsent 3 à 4 grammes, sont les plus riches en corps jaunes; mais il est difficile de s'en procurer couramment, car la castration est pratiquée dans les campagnes, et les truies arrivant aux abattoirs sont généralement vieilles, sans grande valeur physiologique.

Les ovaires de génisse, dont le poids est de 10 grammes, sont généralement employés; je leur préfère pourtant les ovaires de brebis, auxquels je recour d'ordinaire pour plusieurs raisons. La première est la crainte de la tuberculose, si fréquente chez les bovidés et dont ne garantit pas d'une façon absolue l'examen de l'animal. La seconde est que j'attribue une action beaucoup plus grande aux glandes d'un animal en pleine activité sexuelle. Je ne puis admettre l'équivalence physiologique des ovaires avant la parturition. La fécondation amène certainement des modifications dans les sécrétions des glandes génitales, et le suc ovarique d'un animal qui a déjà mis bas doit être plus actif que celui d'un animal encore vierge. L'ovaire de brebis ne pèse que 90 centigrammes en moyenne et sa recherche est assez difficile; mais il ne faut pas se laisser arrêter par des considérations de ce genre et l'employer couramment, comme on emploie le suc testiculaire de cobaye de préférence au suc de taureau, dont le rendement est de beaucoup supérieur, et le prix de revient bien moindre.

(à suivre)

OBSTETRIQUE

Ligature et pansement du cordon ombilical.

par A. SCHWAB.

Le vieux procédé la ligature — modifiée ainsi que nous l'avons dit pour les cordons gras — peut être parfait, à condition de faire une ligature solide, sous le couvert d'une stricte asepsie.

Lorsqu'il arrive, par exception, que le cordon est arraché à son attache à l'ombilic, on peut adopter les lignes de conduite suivantes : ou faire un pansement légèrement compressif sur l'ombilic avec un petit tampon d'ouate : ou essayer avec une pince de réunir en un faisceau les vaisseaux qui pourraient apparaître et de les lier avec un fil de soie (Ribemont); ou, s'il y a hémorragie, faire la ligature en masse du tubercule ombilical, grâce à de longues épingles passant à travers ce tubercule et autour desquelles on décrit avec un fil de soie une série de huit de chiffre.

Une fois le cordon lié ou écrasé et sectionné, il faut procéder au pansement du moignon ombilical pour soustraire ce dernier aux causes d'infection.

Autrefois, ce pansement était composé de morceaux de toile enduits de cérat ou de vaseline dans lesquels était enveloppé le cordon. Ce procédé suranné et peu aseptique est abandonné depuis fort longtemps. On a abandonné de même les pansements humides, antiseptiques, qui avaient pour inconvénient de retarder outre mesure la chute du cordon, en empêchant la momification de ce dernier.

Actuellement, le pansement universellement adopté est fort simple; c'est un pansement par occlusion, à l'ouate sèche, aseptique ou légèrement antiseptique; on emploie une petite plaque d'ouate hydrophile stérilisée ou rendue antiseptique par le sublimé, qu'on enroule autour du moignon funiculaire. On applique par-dessus une autre plaque d'ouate et on fixe ce pansement avec une bande.

Ce pansement est renouvelé aussi souvent qu'il est nécessaire.

Le point important, c'est de continuer l'asepsie ou l'antisepsie au niveau de la région ombilicale, même au delà de la chute du cordon. Il peut persister, en effet, après le détachement du moignon ombilical, une plaie insignifiante pouvant devenir le point de départ d'une infection tardive, si le pansement est supprimé trop hâtivement.

Lorsqu'on emploie les procédés d'hémostase du cordon par écrasement, le pansement se fait de la manière suivante, par application d'un pansement sec, à la gaze antiseptique ou à l'ouate sèche stérilisée sur le petit moignon ombilical. M. Porak saupoudre d'abord la région avec de la poudre de sous-nitrate de bismuth.

(La Presse méd. — Indép. méd.)

De l'engagement et du placenta sur le segment inférieur.

Mlle Mouren, maîtresse sage-femme à la Maternité de Marseille (Cong. gyn. obst. et péd.). — Sous l'inspiration de M. Queirel, nous avons cherché la fréquence de l'insertion basse chez les primipares, et si cette catégorie de femmes est plus ou moins exposée aux redoutables hémorragies de la grossesse, du travail et de la délivrance.

Le nombre des primipares, d'après notre statistique est peut-être plus grand que celui des multipares. En effet, sur 1050 accouchements qui se sont faits à la Maternité, du 1er janvier 1900 au 1er août 1901, et où les primipares entrent pour le chiffre de 410, 190 ont présenté une insertion anormale, presque la moitié !

Chez les multipares 202 sur 640, moins du tiers. Les hémorragies ont été plus nombreuses et plus graves aussi chez les primipares : 35 dont 14 pendant la grossesse ; 15 délivrances artificielles.

Quatorze fois les membranes ont été percées avant dilatation complète à cause d'hémorragie. Chez les multipares deux fois seulement l'hémorragie s'est montrée pendant la grossesse. Sept fois seulement on a pratiqué la délivrance artificielle ; deux hémorragies très graves seulement, alors que chez nos primipares seize fois nous avons dû avoir recours aux injections intracellulaires de sérum artificiel, caféine, éther, etc., les malades étant dans un état très grave.

S'il est vrai que nous n'avons pas eu, depuis quelques années, de mort par hémorragie, nous n'en gardons pas moins le souvenir de trois décès qui se produisirent en 1897 et qui n'avaient pas d'autres cause que l'insertion vicieuse, et cela malgré le traitement énergique qui fut employé. Dans ces trois cas, il s'agissait de primipares.

Presque toutes ces femmes sont entrées en travail et les membranes rompues. Une seule était dans le service depuis le septième mois. Elle accoucha à huit avec hémorragie légère du travail.

Les mauvaises présentations ne sont pas rares non plus chez ces femmes, par suite de la mobilité que conserve le fœtus jusqu'à la fin de la grossesse, et de la difficulté qu'il a à s'engager. Nous avons eu trois épaules et huit sièges, que nous n'avons pu expliquer que par la présence du placenta sur la région inférieure de l'utérus.

Il n'y a eu, sur ces 190 femmes, qu'un bassin rétréci, et l'enfant se présentait par le sommet.

Pour l'enfant les dangers sont aussi grands. Nous relevons, en effet, sur ces 190 naissances, 17 mort-nés, dont 3, il est vrai, ne peuvent être imputés à l'insertion vicieuse ; un syphilitique, un mort macéré chez une albuminurique ; le troisième, basiotripsie (femme rétrécie), en travail depuis plusieurs jours, enfant mort à son entrée.

Les 14 autres ont succombé à l'asphyxie par hémorragie et décollement du placenta, ou pendant l'extrac-

tion, rendue longue et difficile par l'absence du liquide amniotique.

Il en est qui sont nés vivants, mais si malingres, si chétifs, que leurs jours étaient comptés. Ceux qui naissent à terme ou près du terme semblent être influencés aussi.

N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence, ou bien le segment inférieur est-il un lieu d'insertion placentaire peu propice à favoriser le développement du fœtus ?

Le peu d'épaisseur de la paroi utérine à ce niveau, la masse placentaire ordinairement très mince, lorsqu'elle y est incérée, pourraient expliquer peut-être cette infériorité ; mais la question nécessite un examen plus complet. Nous nous bornons à signaler le fait et tirer quelques conclusions :

1° L'insertion sur le segment inférieur est très fréquente dans la pratique hospitalière, composée de femmes exerçant des professions pénibles ; aussi ne sommes-nous pas éloignés de croire que celles qui se livrent à de rudes travaux sont plus exposées que les autres à cet accident. Cela expliquerait le nombre considérable que nous trouvons à la maternité, et parmi les filles mères, qui, pour la plupart, sont obligées de peiner plus encore, étant seules à subvenir aux besoins de leur existence ;

2° Le défaut de soins et des ménagements dès le début de la grossesse, la station debout, qu'exige la plupart des professions de ces pauvres femmes, expliquant la possibilité du glissement de l'œuf qui vient se greffer près du col ;

3° Les primipares sont plus exposées aux hémorragies de la grossesse que les multipares, en raison, sans doute, de la tendance à l'engagement ; aussi faut-il suivre le conseil du prof. Pinarí, et l'empêcher, si possible, en mettant les femmes au repos absolu dans la position horizontale ;

4° Le défaut d'engagement peut, de très bonne heure, nous faire penser à l'insertion basse, si le bassin est normal, et dicter les mesures à prendre pour éviter l'hémorragie.

(*Indep. méd.*)

L'insuffisance utérine pendant le travail.

par S. RÉMY.

Quand la période d'expulsion traîne en longueur, que faut-il faire ? Avant d'employer le forceps, on peut essayer de renforcer l'énergie des efforts volontaires de la parturiente. Ceux-ci peuvent suppléer au défaut de la force utérine. Il faut faire prendre à la femme en travail l'attitude qui lui permet de donner le plus d'intensité possible à l'effort abdominal. Or, que voit-on quand on est appelé auprès d'une femme dont l'accouchement ne fait plus de progrès ? On trouve cette femme étendue sur le dos, relevant les genoux au moment des douleurs.

Cette attitude ne favorise certainement pas l'effort. Mais que deux aides, au moment de l'apparition de la douleur, saisissent les pieds de la parturiente, leur donnant un bon point d'appui ; qu'ils fléchissent les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin : la femme fera un effort énergique, une poussée soutenue, et la tête du fœtus passera fortement sur le périnée. Il est facile de comprendre ce qui se produit sous l'influence de cette manœuvre que j'ai déjà signalée. La parturiente a tous les avantages de la position accroupie, qui est la plus favorable aux fonctions d'évacuation des viscères abdominaux. La flexion des membres inférieurs entraîne le relèvement du bassin, le pubis va à la rencontre du sternum ; l'ouverture du détroit supérieur regarde plus directement la face inférieure du diaphragme, de sorte que l'axe du diaphragme tend à se confondre avec l'axe du détroit inférieur. De sorte que la pression abdominale au lieu de projeter le globe utérin contre la paroi abdominale, pousse celui-ci immédiatement le fœtus dans l'excavation. Ainsi tout l'effort est utilisé.

(Revue méd. de l'Est — Indép. méd.)

PEDIATRIE

Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales chez l'enfant.

par M. POISSON.

(Suite et fin)

V. — Injections modificatrices. — Il faut les considérer comme une des plus importantes conquêtes de la chirurgie contemporaine, et les résultats qu'elles donnent dans le traitement des tuberculoses locales n'ont pas peu contribué à faire abandonner les interventions sanglantes.

Nous ne pouvons retenir que trois de ces injections modificatrices : les injections de chlorure de zinc, préconisées par M. le prof. Lannelongue ; les injections d'éther iodoformé, enfin les injections de naphthol camphré.

A. — Les injections de chlorure de zinc constituent la méthode dite méthode sclérogène ; elle consiste à faire pénétrer l'agent modificateur, non point dans les fongosités ni dans les foyers tuberculeux, mais autour d'eux, dans la zone limite, pour scléroser cette zone et en faire une barrière à la tuberculose.

La solution de chlorure de zinc est au 1/10°. Elle est injectée à la dose de 10, 20 ou 35 gouttes au moyen de la seringue de Pravaz, tout autour d'une tuberculose locale, pour créer là un tissu de cicatrice infranchissable pour la tuberculose.

Ces injections peuvent être employées aussi bien dans les tuberculoses non ouvertes et non suppurées

que dans celles qui sont suppurées et même suppurées ouvertes, aussi bien pour l'ostéo-arthrite que pour les adénopathies, le spina-ventosa, les synovites tendineuses.

La douleur qu'elles produisent pour être atténuée en diminuant pour les enfants le taux de la solution, et les escharres ne se forment que quand on a compromis la nutrition de la peau en ne faisant pas l'injection profonde sous le périoste même.

B. — L'éther iodoforme paraît avoir une incontestable supériorité sur les autres substances modificatrices.

La solution sera faite à 5 ou à 10 0/0.

La quantité qu'on peut laisser dans une poche tuberculeuse est relativement considérable, parce que l'absorption est très lente à se faire ; quand on reconfectionne une collection au bout de sept ou huit jours, on retrouve en grande partie, mêlé aux sécrétions de la poche, l'iodoforme précédemment injecté. Nous n'avons jamais observé d'intoxication en ne dépassant jamais 10, 15, 20 gr. d'éther iodoformé à 5 0/0, ce qui est très largement suffisant et qui répond à 0,50, 0,75 et 1 gr. d'iodoforme.

Quand il ne s'agit plus d'une poche, mais que l'injection doit se faire au milieu de fongosités dans une articulation, on n'est jamais conduit à employer de semblables quantités d'iodoforme.

Les injections modificatrices d'éther iodoformé doivent être employées.

Dans les tuberculoses fermées, non suppurées : ganglions cervicaux, tumeurs blanches au début, avant toute fonte tuberculeuse, mais quand l'immobilisation et la compression ne donnent pas des résultats suffisants ou assez rapides : synovites fongueuses des gaines ; spina ventosa.

Dans les tuberculoses suppurées, fermées ; l'injection d'éther iodoformé prend une importance considérable puisqu'elle peut :

1° Empêcher l'ouverture spontanée de la collection tuberculeuse ;

2° Guérir cette collection, et conduisant l'agent modificateur jusqu'au siège même de la lésion initiale, tarir la source du pus tuberculeux.

Dans les tuberculoses suppurées, ouvertes : les tuberculoses ouvertes constituent les cas où la méthode conservatrice entre trop tard en jeu pour y avoir toute son efficacité ; l'intervention chirurgicale est souvent nécessaire, tout au moins pour lui préparer les voies, cureter les fistules infectées, enlever quelques séquestres, vider un clapier, etc. ; mais la conservation a tout de même sa raison d'être, et nous pourrions citer, avec d'autres chirurgiens, tels cas où l'intervention n'avait pas été faite parce qu'elle offrait trop peu de chances de succès, et qui ont guéri par le traitement général, la désinfection des trajets et les injections modificatrices.

Le naphthol camphré s'emploie comme l'éther iodo-

formé, avec les mêmes précautions antiseptiques, mais on n'est pas absolument fixé sur sa dose maxima, et sa toxicité dans certaines conditions est une des raisons les plus graves, à notre avis, pour ne l'adopter qu'avec quelques réserves. Introduit dans une cavité ou dans une fistule tuberculeuse avec une seringue, sans pression et sans effraction des tissus, il ne produit jamais d'accidents ; dans ces conditions, Rebol a pu en introduire 100 gr.

VI. — L'ignipuncture. — Les médecins qui l'emploient volontiers sur la foi des traditions ne dépassent généralement pas les limites de la peau, et sous forme ponctuée ou transcurrente. Dans ces conditions elle ne paraît avoir aucune valeur thérapeutique.

Beaucoup de ces petits malades nous arrivent dans les hôpitaux marins, la peau péri-articulaire ponctuée ou zébrée par le thermo cautère. Il y a là, nous semble-t-il une petite cruauté bien inutile ; le procédé est inefficace, Tout au plus pourrait-on dire qu'il calme les douleurs ; je n'oserais par l'affirmer.

L'ignipuncture n'est pas applicable dans le mal de Pott et la coxalgie, mais dans les articulations superficielles et surtout au poignet, au pied, voire même, au genou, elle peut rendre de véritables services. Il faut, à mon avis, s'en abstenir dans le spina ventosa ; elle y a peu d'efficacité, n'agit que sur la peau qui, tendue, peut s'ulcérer. Elle laisse dans cette partie découverte une cicatrice et peut provoquer une fistule là où la guérison pouvait s'obtenir autrement.

Partout ailleurs il faudra la faire précéder d'un nettoyage très sérieux de la région, puis sous, le chloroforme, traverser rapidement les parties molles jusqu'à l'os, ne craignant pas de pénétrer dans l'articulation et n'évitant que la région des vaisseaux. Un pansement compressif et antiseptique est appliqué ; il n'y a pas de suppuration, et plus d'une fois, notamment pour le poignet, nous avons vu cette manœuvre couronnée de succès.

(Indép. méd.)

Thérapeutique et Matière Médicale

La saignée dans les accès d'urémie.

La saignée dans les accès d'urémie est d'une pratique courante et l'on sait que c'est un des meilleurs moyens pour enrayer les accidents qui résultent de l'imperméabilité rénale. Les heureux résultats de cette thérapeutique sont attribués ordinairement à ce que la soustraction d'une certaine quantité de sang diminue la quantité de toxines retenues dans l'organisme.

A en croire M. Hagenberg, qui a fait sur ce sujet une communication à la Société médicale de Göttingue (séance du 1er août), il faut encore compter avec ce fait

que la saignée rend le sang moins visqueux et diminue par conséquent le frottement que subit le liquide pendant qu'il traverse les vaisseaux. Cette opinion, M. Hagenberg l'appuie sur les expériences suivantes faites sur des urémiques et des allieus néphrectomisés.

Tout d'abord, M. Hagenberg a constaté que chez les urémiques ainsi que chez les animaux privés de leurs reins, la viscosité du sang n'est pas augmentée. Mais ce qui est exact, c'est qu'après la saignée ainsi suivie d'injection massive de sérum artificiel, le sang et le sérum deviennent moins visqueux. Si l'on veut bien mettre en parallèle, d'un côté l'amélioration constante des symptômes qui survient dans l'urémie après la saignée, et de l'autre la diminution de la viscosité du sang que provoque cette opération, on est amené à conclure qu'il existe entre les deux un rapport de cause à effet.

On peut notamment se figurer que dans l'urémie, le cœur affaibli devient incapable d'assurer la circulation du sang dans les vaisseaux, et que la saignée en diminuant la viscosité du liquide, rend sa propulsion plus facile et facilite ainsi le travail du cœur. De cette façon dans l'effet de la saignée, interviendrait un facteur d'ordre mécanique.

Dans un cas, chez un urémique qui a été saigné deux fois, on a constaté que la viscosité du sang n'avait pas diminué après la première saignée et qu'elle a même augmentée après la seconde. Ce malade présentait, du reste, ceci de particulier, que chez lui la viscosité du sang était au dessous de la normale et que le nombre de globules rouges était diminué. Comme d'après les recherches de Jacobi le degré de viscosité du sang est déterminé avant tout par le nombre de globules rouges, on s'explique que chez ce malade cette viscosité ait été dès le début, peu élevée. Après la saignée le nombre d'hématies a triplé, et on comprend alors l'augmentation de la viscosité qui a été constatée à l'occasion de la seconde saignée.

(Tribune méd. — Gaz. méd. belge)

MALADIES VENERIENNES

Traitement des myélites syphilitiques par l'introduction de solution mercurielle dans le canal rachidien.

M. Schachmann (de Bucarest) envoie (Soc. méd. des hôp.) la relation d'un cas de myélite syphilitique qui, après avoir résisté à tous les traitements usuels, aurait été considérablement améliorée à la suite de 23 injections journalières d'un centimètre cube d'une solution de benzoate de mercure au 1/100 dans le canal médullaire.

De cette observation et de deux autres cas analogues, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-rachidiennes de mercure (nous n'avons employé que le benzoate) sont bien supportées par les malades, ne les exposant à aucun accident fâcheux ;

2° Les premiers troubles dont elles sont suivies sont de courte durée et, une fois passés, ne se reproduisent plus, l'accoutumance du système nerveux à une forte imprégnation journalière s'étant produite ;

3° L'effet produit sur le système nerveux par cette voie est plus notable et plus rapide que celui d'aucune autre méthode suivie jusqu'à maintenant ;

4° Cette méthode est à tenter dans toutes les maladies chroniques de la moëlle dont l'origine syphilitique pourrait être soupçonnée, surtout au commencement de leur évolution, car c'est par cette voie qu'il nous semble qu'on obtient une imprégnation plus forte, plus intime et plus efficace du système nerveux central ;

5° Nous présumons que cette méthode pourrait avoir des applications dans les maladies médullaires de nature syphilitique, les effets résorbants du mercure étant connus.

M. Ballet tient à faire les plus expresses réserves relativement au traitement audacieux dont il s'agit. Il serait extrêmement fâcheux que la publication, sans réserves formelles d'un seul fait plus ou moins concluant eût pour conséquence — et cela serait à craindre — de porter à pratiquer dès demain des injections mercurielles dans le canal médullaire de tous les malheureux tabétiques syphilitiques.

Nous savons tous que tout a échoué chez ces malades. M. Fournier, dans toute sa longue carrière, croit en avoir vu un — peut être deux — sérieusement améliorés par le traitement spécifique. C'est tout dire.

M. Vidal s'associe à ces réserves.

M. Gaucher dit qu'il fait de même et qu'il ne prend aucune responsabilité relativement à ce travail.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Les trois médicaments anti-blennorrhagiques : le copahu, le cubèbe et le santal.

par M. le prof. FOURNIER.

La réputation thérapeutique du copahu, du cubèbe et du santal n'est plus à faire. Ce sont là, en effet, trois remèdes anti-blennorrhagiques populaires, qui, en dépit de leurs échecs, possèdent véritablement la confiance du public : excès de notoriété, d'ailleurs, dont les inconvénients sont, comme nous allons le voir bientôt, des plus sérieux.

Je me propose d'étudier ici l'action de ces trois agents médicamenteux et de rechercher les conditions dans lesquelles ils peuvent être utiles, inutiles ou nuisibles d'établir en un mot les indications et les contre-indications de leur emploi.

Un mot d'histoire comme entrée en matière. Le copahu, le cubèbe et le santal sont des enfants du XIX^e siècle. Le copahu était, à la vérité, connu de vieille date, mais on l'utilisait uniquement comme vulnéraire et dans le traitement des plaies. Plus tard, il fut appliqué à la cure des lésions catarrhales des voies respiratoires et c'est seulement en 1804 que, en élevant les doses employées, on découvrit ses propriétés anti-blennorrhagiques. La fortune du cubèbe n'est pas moins singulière. Tandis qu'en Europe, on l'utilisait en qualité d'épice et de condiment, aux Indes, son action anti-gonorrhéique était connue depuis longtemps. Ce fut un officier anglais qui, après s'être guéri lui-même avec du cubèbe, fit connaître le fait dans son pays. Quelques années plus tard, vers 1818, Delpech l'introduisit dans la pharmacopée française. Quant au santal, il n'est guère utilisé chez nous que depuis 1865.

Le copahu est extrait d'arbres spéciaux, originaires du Brésil et de la Guyane, par des incisions faites à leur écorce. Il s'écoule de celle-ci un liquide visqueux, jaune pâle, ou brun clair, d'odeur forte, de saveur acre, amère, détestable ou, pour parler plus exactement, abominable. Le baume du copahu officinal est une oléo-résine, c'est-à-dire une résine dissoute dans une essence.

Le cubèbe est le fruit desséché du piper cubeba, arbrisseau sarmenteux qui pousse à Java. Il se présente sous l'aspect d'un fruit sec, globuleux, à longue queue d'où son nom de poivre à queue. On le pile pour constituer une poudre de saveur âcre et amère, chaude, comme celles des poivres. Chimiquement, le principe actif est également une aléo-résine.

Le santal est un liquide jaunâtre ou incolore (santal citrin, santal blanc) obtenu par la distillation du bois du même nom.

Voyons maintenant la posologie de ces trois remèdes et les doses auxquelles il convient de les prescrire.

Les qualités utiles sont extrêmement variables suivant les malades et suivant les cas. Il existe, cependant, des moyennes qui serviront de bases générales au praticien. Le copahu et le santal se donnent l'un et l'autre à la dose de 5 ou 6 grammes par jour. Les doses de cubèbe doivent être plus élevées et atteindre 8, 10 ou 50 grammes même. Sans doute, quelques médecins sont allés beaucoup plus loin, jusqu'à 20 grammes de copahu et 50 grammes de cubèbe mais ce sont là des exagérations absolument inutiles qui conduisent rapidement à l'intolérance.

Une fois absorbés, le copahu, le cubèbe et le santal déterminent dans l'organisme des modifications physiologiques et thérapeutiques, dont l'ensemble porte le nom de médication balsamique.

Ils agissent d'abord sur le tube digestif. A ce point de vue, le copahu est le moins bien supporté des trois. Il cause assez souvent des nausées, de l'anorexie, de la diarrhée, et quelquefois même un peu d'hématurie et d'albuminurie. Le cubèbe et le santal troublent beau-

coup moins les fonctions digestives et entraînent tout au plus une légère inappétence et une diarrhée faiblement accentuée. Le santal présente une particularité : il détermine souvent des crampes et des douleurs rénales, sortes de néphralgies passagères, de courte durée, se répétant pendant une, deux et trois heures après son administration. En outre, le santal le cubèbe et le copahu, mais ce dernier surtout, peuvent provoquer des éruptions cutanées. L'éruption copahique est bien connue, celle du cubèbe plus rare, celle du santal contestée.

Mais la propriété la plus curieuse de ces 3 remèdes est assurément leur action anti-blennorrhagique. Indiscutablement, ils diminuent toujours et, dans bien des cas, tarissent rapidement les écoulements gonorrhéiques. A ce sujet, il convient de faire deux remarques : a) alors même qu'ils ne doivent pas guérir, les balsamiques ont en général une influence provisoire sur l'écoulement et le diminuent pour un temps ; b) leur action est immédiate et intense et se traduit, dans la journée de l'administration, par une réduction des 2/3, voire des 3/4 de l'écoulement. C'est un résultat véritablement magique et tel que, avec un urèthre préparé antérieurement par un bon traitement, l'affection peut être guérie en 24 ou 48 heures.

Comment, par quel mécanisme agissent les balsamiques ? On a dit que leur influence heureuse était due uniquement à la révulsion intestinale, à la diarrhée. Une telle théorie est évidemment fautive, car, alors, nous devrions obtenir le même résultat avec les purgatifs drastiques. D'ailleurs il n'est pas nécessaire, tant s'en faut, qu'il y ait diarrhée pour que la blennorrhagie guérisse avec le copahu ou le santal.

En réalité, leurs propriétés thérapeutiques sont dues aux principes dont ils chargent les urines. C'est l'urine devenue médicamenteuse qui tarit l'écoulement. Il suffit en effet, de prendre quelques grammes de copahu, de cubèbe ou de santal pour que la sécrétion urinaire présente immédiatement l'odeur spéciale de ces remèdes. On peut également déceler chimiquement ces derniers en y ajoutant de l'acide nitrique. Il se produit aussitôt dans l'urine un précipité blanc, composé de résines quelquefois confondu, soit dit en passant, avec l'albuminurie.

Les balsamiques ainsi mêlés à la sécrétion urinaire exercent sur le canal uréthral une action topique absolument particulière et élective, mystérieuse dans sa nature, aussi mystérieuse que, par exemple, l'action hypnotique de l'opium. Cette propriété est cependant indéniable. Il existe trois preuves directes montrant bien que l'urine balsamique est le seul élément thérapeutique en cause. L'effet tarissant s'exerce uniquement sur les parties baignées par l'urine, sur le canal uréthral, et elle est nulle sur les écoulements vaginaux ou sur la blennorrhagie oculaire. Chez les hypospades, le copahu guérit seulement la portion du canal uréthral traversé par l'urine et n'agit pas sur les autres parties. Troisième

preuve, enfin, observée par Ricord, chez un malade porteur d'une fistule pénienne et atteint de blennorrhagie. Ce patient absorba du copahu et du cubèbe associés en opiat. L'écoulement se tarit complètement dans le canal rétro-fistulaire et persista obstinément dans la région antérieure. Ricord reprit alors l'urine elle-même dans une seringue et l'injecta dans l'urèthre antérieur. Ce dernier guérit bientôt, démontrant ainsi que les balsamiques cicatrisent uniquement en rendant la sécrétion urinaire balsamique.

(à suivre)

FORMULAIRE

ARTHROSIA.

Acide salicylique.....	3 gr.
Quinine.....	2 gr.
Podophyllin.....	0 gr. 15
Extrait de colchique.....	0 gr. 30
Extrait de phytolacca.....	1 gr.
Extrait de capsicum.....	1 gr. 50

F. S. A. 50 pilules.

Cette préparation correspond à la spécialité dénommée : "Arthrosia de Warner."

Indications et mode d'emploi. — Altérant, antirhumatismal, antilithique.

6 à 10 pilules par jour en trois fois.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

SOLUTION DE PIPERAZINE.

Pipérazine.....	1 gr.
Eau de Seltz.....	500 gr.

Cette préparation correspond à la Spécialité dénommée : "Anti-goutteux à la pipérazine."

Propriétés thérapeutiques : Excitant général, dissout l'acide urique, relève les quantités d'urée et assure les échanges physiologiques.

Indic.: Gravelle urique, gouttes, coliques néphrétiques.

Dose et mode d'emploi : 1 gramme par 24 heures en plusieurs fois.

SOLUTION DE PIPERAZINE POUR LAVAGES DE LA VESSIE.

Pipérazine.....	1 gr.
Eau distillée bouillie.....	100 gr.

Indic.: Calculs uratiques de la vessie qu'elle dissout graduellement.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie.)

Revue des journaux

MEDECINE

Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.

Mémoire n° 4, anonyme, présenté pour le prix Génèreux

Cette œuvre considérable est un traité magistral de l'alcoolisme, envisagé dans son évolution normale, dans ses formes cliniques, dans ses complications, dans ses rapports avec les autres névroses, et présenté avec un ordre parfait.

Après un historique complet de la question, l'auteur étudie d'abord les divers alcools qui entrent dans la consommation journalière, et leur toxicité respective, bien connue expérimentalement depuis les savantes recherches de nos collègues MM. Laborde et Joffroy.

L'intoxication alcoolique aiguë se traduit par l'ivresse, dont l'étude expérimentale n'est plus à faire, et par le *delirium tremens*, qui constitue les épisodes actifs de l'alcoolisme. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description classique de ces états pathologiques ; insistons seulement sur les pages intéressantes qu'il consacre à l'ivresse des dégénérés, laquelle se présente tantôt sous l'apparence mélancolique, avec tendance au suicide, tantôt sous l'aspect maniaque, avec crises homicides. De même dans les crises de délire alcoolique la tare dégénérative se traduit par une série d'indices spéciaux. Le type du délire tend à se systématiser et à devenir permanent, en s'orientant suivant les préoccupations habituelles des malades ; le tremblement est en général peu accusé, tandis que les hallucinations deviennent au contraire prépondérantes.

Un chapitre spécial est consacré à l'absinthisme, qui constitue un type à part de l'alcoolisme, reconnaissable à la précocité, à la fréquence et à la gravité des accidents convulsifs, ainsi qu'à la violence du délire hallucinatoire. L'auteur insiste sur la difficulté du pronostic en pareil cas ; mais il démontre par des observations personnelles la curabilité de cette variété d'épilepsie quand les malades ont le courage de renoncer absolument à l'usage de l'absinthe.

L'alcoolisme chronique constitue la partie fondamentale du mémoire. Dans une description magistrale, l'auteur montre le poison atteignant tous les organes et tous les tissus, et y déterminant une double série de lésions, les unes dégénératives, les autres irritatives.

Pour le système nerveux, les résultats de ce processus complexe se traduisent par des symptômes caractéristiques.

Des troubles moteurs d'abord, allant depuis les crampos et les contractions spasmodiques jusqu'au tremblement et à l'asthénie musculaire ; des désordres de la

sensibilité caractérisés par des perversions sensitives, de l'hyperesthésie, plus souvent de l'analgesie ; des modifications de l'intelligence et du caractère, aboutissant à une complète déchéance morale ; sur ce fond se détachent comme épisodes incessants, des hallucinations qui déterminent des crises délirantes, avec idées de persécution et de jalousie.

Tous ces troubles fonctionnels ne sont que les avant-coureurs de lésions centrales plus ou moins profondes, myélites diffuses, artérites cérébrales, polynévrites. L'association des désordres mentaux et des névrites périphériques crée le type clinique complexe de la psychose-polynévritique, signalé par Korsakoff, et dont l'auteur rapporte d'intéressants exemples.

L'aboutissant ultime de toutes ces déchéances est, tantôt la démence alcoolique, tantôt la paralysie générale.

Une discussion étendue, sur ce chapitre controversé, est consacrée par l'auteur aux rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale. A l'exemple de M. Magnan, il admet que l'alcool crée véritablement l'encéphalite diffuse, et n'agit pas simplement en éveillant une prédisposition antérieure. Il montre l'intoxication expérimentale des animaux par l'alcool, aboutissant à la production de lésions encéphaliques, identiques à celles que l'on retrouve à l'autopsie des sujets alcooliques. Il en fait également la preuve clinique.

Dans une série d'observations il montre des individus arrivant à l'asile pour un premier accès de *delirium tremens*, y revenant ensuite, affaiblis intellectuellement, avec des crises épileptiformes, des vertiges, de l'embarras de la parole ; finalement, présentant de l'inégalité pupillaire, des idées ambitieuses, et de l'affaiblissement musculaire. Les pseudo paralysies générales, d'après lui, sont tantôt des rémissions passagères chez des malades destinés à succomber plus tard aux progrès de leur mal, tantôt des manifestations d'états psychiques bien définis, surexcités par l'alcool. Très souvent, en effet, il s'agit de dégénérés qui, sous l'influence du toxique, conçoivent des idées délirantes analogues à celles des paralytiques généraux, et cliniquement leur ressemblent étroitement ; seule, la marche de la maladie et la disparition des conceptions délirantes, sous l'influence de l'abstention de l'alcool, peuvent établir le diagnostic différentiel.

La dernière partie du mémoire est consacrée à l'alcoolisme héréditaire et au rôle de l'alcool dans les véanies.

Comme la plupart des neuropathologistes, l'auteur rattache à la tare alcoolique héréditaire un grand nombre de malformations congénitales, l'épilepsie, les convulsions infantiles, les dégénérescences mentales et la criminalité précoce, celle-ci de plus en plus accentuée à partir de la deuxième génération d'alcooliques. D'une statistique personnelle, il ressort que le quart des malades entrés en un an dans un asile d'aliénés étaient des fils d'alcooliques.

Si l'alcool conduit à l'aliénation mentale, il aggrave toujours les vésanies et les psychoses. On peut dire qu'il est la pierre de touche des dégénérescences, et qu'il les fait apparaître, avec leurs caractères propres s'il s'agit d'excès alcooliques peu fréquents, avec des formes hybrides hallucinatoires si les excès se multiplient et deviennent habituels. Souvent alors, l'alcool détermine des épisodes aigus, criminels, des crises de monomanie homicide ou incendiaire, des suicides. Telles encore, les périodes d'excitation qui surviennent, dans ces conditions, chez les persécutés délirants et chez les paralytiques généraux.

Un chapitre très étendu de médecine légale sur l'alcoolisme et la criminalité, sur le degré de responsabilité de l'alcoolique et du dipsomane ; des considérations de thérapeutique judicieuse, terminent cette excellente monographie, dont toutes les parties sont admirablement coordonnées, et qui fait le plus grand honneur aux connaissances anatomopathologiques et au sens clinique de son auteur.

(*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*)

Pneumonie et alcoolisme.

par M. le prof. HAYEM.

Parmi les malades entrés hier dans le service, l'un des plus intéressants à étudier est le suivant, que nous allons examiner ensemble aujourd'hui.

C'est un garçon âgé de 38 ans, garçon de marchand de vins, dont voici l'histoire. Il y a une dizaine de jours, il a commencé à ressentir du malaise et des signes de bronchite, puis un point de côté est survenu, et maintenant voici ce que l'on constate. La température, peu élevée, atteint 38°,4 ; le pouls est à 168 ; le nombre des respirations est de 66 par minute. On remarque une légère coloration cyanotique des lèvres. La langue est rouge, catarrhale, trémulante, mais humide. Le ventre est dur et ballonné et présente un certain degré d'hyperesthésie superficielle ; le foie est augmenté de volume. Du côté droit de la poitrine, on observe une légère ampliation et de la matité en avant et en arrière, au niveau du sommet. Dans cette même région, les vibrations thoraciques sont augmentées, et l'auscultation fait entendre un souffle, du râle crépitant, et de la bronchophonie. Il n'y a rien de semblable du côté gauche, où l'on perçoit nettement le murmure vésiculaire, quoique la respiration soit soufflante, mêlée de quelques râles sibilants et ronflants discrets. Les bruits du cœur sont bien frappés et sans bruits anormaux, mais il y a une tachycardie manifeste. Les urines, foncées en couleur, rougeâtres, contiennent de l'albumine et une certaine quantité d'urobiline. Le malade rend des crachats visqueux de coloration "abricot".

De plus, son examen nous révèle des signes d'alcoolisme. Je vous ai signalé tout à l'heure l'hyperesthésie

cutanée ; il présente en outre du tremblement digital très marqué ; le réflexe patellaire est très diminué ; le malade raconte qu'il était sujet à des insomnies accompagnées de cauchemars. C'était, de par ses habitudes professionnelles, un buveur. Ce qui frappe en outre dès l'abord, c'est que cette homme, encore jeune, paraît vieilli avant l'âge ; il a les cheveux grisonnants, est amaigri, d'aspect un peu cachectique.

Voilà donc un homme qui se présente avec les signes classiques d'une pleurésie aiguë de l'appareil pulmonaire sur le diagnostic de laquelle il n'y a pas lieu d'insister : c'est une pneumonie ; mais ce qui appelle particulièrement l'attention sur ce cas, c'est, d'une part, les circonstances épidémiologiques sous lesquelles il se montre, et, de l'autre, les antécédents alcooliques du malade : nous allons voir dans quelle mesure ces facteurs doivent entrer en jeu dans l'évolution de la maladie actuelle.

D'après les signes fournis par la percussion et l'auscultation, la lésion consiste uniquement en un bloc d'hépatisation limité au sommet droit et s'étendant à toute son épaisseur. Eh bien, malgré cette localisation, l'état général est très mauvais : la dyspnée et la tachycardie sont intenses. Le malade est sub-délirant. Ce qui est encore remarquable, c'est de voir, avec cet ensemble grave, la langue, quoique frémissante, rester humide.

Au bout de 2 ou 3 heures l'agglutination se produit en cas de tuberculose.

Il est utile de remarquer que la réaction est moins nette dans les tuberculoses avancées qu'au début de la maladie (phtisie pulmonaire récente, tuberculose testiculaire, épидидymaire, prostatique, vésicale, rénale).

Le séro diagnostique pratiqué par M. Courmont a été positif chez le malade. Celui-ci est donc tuberculeux.

Maintenant la lésion articulaire qu'il présente est-elle sous la dépendance de la tuberculose, ou bien s'agit-il d'un pseudo-rhumatisme infectieux chez un tuberculeux ?

Il était nécessaire de préciser le degré de la bacillose chez cet homme. A ce propos je veux vous montrer de quelle façon il faut procéder pour reconnaître les signes initiaux de la phtisie pulmonaire. D'habitude on se contente d'explorer la fosse sus-épineuse en bloc ; eh bien, pour réaliser une auscultation plus délicate, nous avons la coutume de faire porter l'oreille ou le stéthoscope sur l'articulation glénoïdienne, et il nous est arrivé souvent de constater à ce niveau des craquements qui ne se percevaient pas ailleurs. Ce fait s'explique par les adhérences et la conduction du son par la voûte osseuse, avec laquelle on se trouve directement en contact, alors que sur la surface de l'omoplate, les bruits peu accentués sont éteints par les couches musculaires et graisseuses. Je vous signale tout particulièrement l'auscultation de la voûte acromiale pour déceler de petits craquements et de petits frottement-râles. La percussion du même point donne de la sub-matité.

Ajoutons ici que le malade a eu, il y a plusieurs an-

nées une adénite suppurée du cou.

Pour établir si l'arthrite du genou dont il souffre est tuberculeuse, on pourrait renouveler l'épreuve du séro-diagnostic avec le liquide retiré de l'auscultation, comme Arloing et Gourmont on fait avec le liquide pleurétique. (*Archives de médecine expérimentale*, 1900.)

Mais il y a une autre méthode pour savoir si un liquide est tuberculeux, indiquée par Bezançon et Griffon, qui consiste àensemencer le sang gélosé glycérimé : des nodules caractéristiques s'y développent au bout de 3 ou 4 semaines si le malade est bacillaire. Cette épreuve faite pour notre malade il y a plus de 6 semaines est restée négative et tendrait à prouver, par conséquent, que son arthrite n'est pas tuberculeuse.

L'inoculation pratiquée au cobaye plaide dans le même sens.

L'épreuve du cyto-diagnostic a montré de nombreux leucocytes polyclunaires, ce qui ne s'accorde pas non plus avec l'hypothèse phymique.

Enfin l'évolution clinique de cette arthropathie, sa guérison en cinq semaines environ par l'application du cataplasme de Trousseau, contrôlée radioscopiquement, témoigne qu'elle n'est pas de nature bacillaire.

Reste l'hypothèse d'une inflammation de la séreuse articulaire par le pneumocoque, et c'est à elle que nous nous arrêterons. En effet, si l'arthrite pneumococcique est le plus souvent consécutive à une infection généralisée, on a observé quelques cas dans lesquels elle est primitive. Vidal et Lainé ont publié un cas dans lequel le genou et l'articulation sterno-claviculaire furent prises ; Griffon a fait connaître un fait analogue et nous en avons vu un personnellement ; mais en général une seule articulation est prise ; en tous cas il n'y a jamais d'arthropathie généralisée comme chez notre malade.

Mais nous nous appuierons sur les considérations suivantes :

1° L'épreuve du cyto-diagnostic démontre la présence d'un grand nombre de globules polynucléaires, ce qui est la caractéristique de l'infection pneumococcique.

L'état hématique et purulent du liquide retiré par la ponction est celui des liquides à pneumocoque, ainsi que l'a montré Griffon à la Société anatomique.

3° La bénignité du cas actuel est compatible avec les lésions à pneumocoques, celle-ci peuvent être graves, s'accompagner de névrose des cartillages, et aussi peuvent être bénignes, comme dans les deux observations rapportées par Vidal à la Société, médicale des hôpitaux.

4° La restitutio ad integrum par le repos et les cataplasmes éliminent complètement la tuberculose.

5° La nature pneumococcique est enfin démontrée par l'agglutination.

Donc cette homme a été atteint d'une arthrite pneumococcique, et présente en même temps une petite lésion tuberculeuse du poumon qui ne paraît offrir aucune corrélation avec cette affection. (*Indép. méd.*)

CHIRURGIE

Traitement de l'occlusion intestinale.

par M. le Dr GABRIEL MAURANGE.

La thérapeutique de l'occlusion intestinale a passé depuis ces dernières années presque entièrement aux mains des chirurgiens. Peyrot considérait déjà, dès 1880, que la laparotomie était le traitement de choix.

Aujourd'hui, si les médecins admettent le principe de l'intervention, ils soutiennent avec juste raison qu'une part doit encore être faite au traitement médical, dont la stricte application crée ou assure des conditions favorables à l'acte opératoire et, dans quelques cas, peut suffire à mener les malades à la guérison. De leur côté, les chirurgiens, à peu près d'accord sur le traitement des cas chroniques, sont divisés, en présence d'un cas aigu, sur le moment et la nature de l'intervention. Il convient donc d'examiner séparément l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique.

A. — Occlusion aiguë.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Si l'accord n'est pas près de se faire en ce les auteurs sur la ligne de conduite à tenir, en face d'un cas aigu, c'est parce que, dans le plus grand nombre des cas, diagnostic de la cause, du siège et de la variété de l'occlusion ne peut être sûrement établi.

Il en résulte dans les indications thérapeutiques une certaine confusion, que viennent aggraver les statistiques ensemble de faits disparates, de la comparaison desquels on ne peut tirer aucune conclusion. Pour avoir quelque chance d'aboutir à des formules à peu près précises, le mieux est de soumettre à une critique attentive les observations que l'on a recueillies soi-même, ou dont on a eu la connaissance directe. Ainsi seulement il est possible de se faire une doctrine sur une question aussi controversée.

Prenons d'abord le cas d'une occlusion aiguë, dont le diagnostic étiologique demeure incertain. Quelle est la ligne de conduite qui sauve le plus de malades ? C'est sous cette forme que la question doit être examinée.

Une première remarque tout d'abord s'impose. Lorsque des purgatifs violents ou répétés ont été prescrits dans le but de lever l'obstacle, qu'on a eu recours avec insistance aux lavements forcés, liquides ou gazeux, l'aggravation a été pour ainsi dire la règle, l'infection péritonéale s'en est suivie, et, quand finalement on a eu recours à l'intervention chirurgicale, les malades ont le plus souvent succombé. De là, la défaveur jetée sur le traitement chirurgical, défaveur que l'on peut aisément tenter de justifier par les statistiques où précisément figurent des observations de cet ordre.

La première règle du traitement de l'occlusion

aiguë sera donc de *proscrire les purgatifs et les lavements forcés*.

Au contraire, l'analyse des faits montre que les cas dans lesquels le seul traitement médical a réussi (Reclus) sont ceux où il s'est borné à modérer le péristaltisme, à relever les forces du malade. On remplit ces multiples indications par l'opium, les larges applications de glace sur le ventre, l'immobilité au lit, la diète presque absolue les injections de sérum artificiel.

L'opium est administré *per os*, sous forme d'extrait thébaïque. On peut donner une pilule de 1 centigramme toutes les heures, jusqu'à la dose totale de 15 à 20 centigrammes en 24 heures (Moutard-Martin.) Pour nous, nous préférons, dans tous les cas, l'injection de morphine qui peut être répétée à la dose de 1 centigramme toutes les 5 ou 6 heures. Nous y associons généralement la spartéine, à la dose de 2 à 3 centigrammes par injection, dans le but de soutenir le cœur et en maintenant la pression artérielle aux environs de la normale, de favoriser l'élimination des toxines par l'émonctoire rénal. Quelques auteurs recommandent l'atropine, surtout lorsque les vomissements sont fréquents. Nous considérons cette pratique comme fâcheuse en raison de l'action inhibitrice de cet alcaloïde sur les sécrétions.

Les Américains prescrivent la strychnine, la caféine, l'alcool en injections sous-cutanées, en même temps que la morphine.

La belladone, que l'on préférerait il y a quelques années à l'opium sur lequel elle avait disoit-on, l'avantage de favoriser les mouvements péristaltiques tout en calmant la douleur, doit au contraire, être résolument écartée du traitement de l'occlusion. En dehors des inconvénients que nous avons signalés à propos de l'atropine, il semble résulter d'expériences récentes que la belladone a au contraire pour action constante d'affaiblir les mouvements péristaltiques, et cela en proportion directe de la dose employée (G. Traversa).

On a objecté à la médication par l'opium de masquer les symptômes et de tenir le médecin dans une sécurité trompeuse. Cet écueil est aisément évité, si l'on s'attache à considérer, non la douleur, mais le pouls, le facies, les vomissements, l'état de l'intestin spécialement au point de vue du météorisme et de l'émission des gaz.

L'immobilité au lit, la diète, contribuent efficacement à modérer le péristaltisme, en assurant bientôt, concurremment avec l'opium, l'immobilité de l'intestin.

La glace, appliquée largement sur le ventre, combat le péritonisme, retarde ou prévient l'infection de la séreuse et à ce double titre doit être employée.

Dans aucun cas on ne devra avoir recours contre le météorisme, aux *punctions capillaires*, moyen infidèle et dangereux dont l'infection péritonéale peut être le plus clair résultat.

Le café, les injections de sérum trouvent leurs indications dans l'état des malades dont il faut relever les forces.

Le lavage de l'estomac a été considéré comme un moyen curatif de l'occlusion. Bien que des faits authentiques de guérison aient été publiés (Gersuny, Parisot, etc.), il est plus exact de dire que le lavage de l'estomac est à la fois un palliatif et un précieux adjuvant du traitement de l'occlusion; il a pour résultat immédiat de supprimer les vomissements et de prévenir, par l'évacuation des matières toxiques accumulées ou refluees dans l'estomac, l'empoisonnement des malades et la dépression qui en est la conséquence.

Il ne peut réussir à lui seul à lever l'obstacle, et dans le cas où il a réussi, il est vraisemblable qu'il s'agissait d'une occlusion spasmodique et peut être d'une invagination. Il n'a qu'un inconvénient, celui de fatiguer les malades; il est donc contre-indiqué lorsqu'on a affaire à des sujets très affaiblis. Il constitue enfin un temps préliminaire particulièrement recommandable dans les cas où l'intervention chirurgicale est décidée.

Par contre, on ne saurait trop condamner, ainsi que nous l'avons déjà dit, les lavements forcés, les siphonages à l'eau de Seltz, l'insufflation rectale à l'air ou à l'hydrogène (Senn). La rupture de l'intestin, un emphysème généralisé en peuvent être la conséquence. Quant au massage abdominal préconisé surtout en Angleterre, nous le regardons comme périlleux dans l'occlusion aiguë.

A ces moyens aveugles et dangereux il convient d'opposer l'électrisation de l'intestin faite suivant les règles si précises posées par Boudet, de Paris. Dans ce but, on utilise des courants continus dont l'intensité peut varier entre 10 et 50 milliampères. Le pôle rectal est constitué par une grosse sonde en gomme qu'on introduit profondément dans l'anus. Cette sonde a un mandrin métallique tubulaire relié par un fil conducteur à la batterie et dont l'extrémité n'affleure pas l'œil de la sonde. Celle-ci en est en outre raccordée par un tube de caoutchouc à un buck d'Esmarch rempli d'eau salée tiède, au moyen duquel on envoie dans l'intestin à une faible pression (40 à 80 centimètres d'eau au plus) des quantités variables de liquide. L'action du courant se trouve portée à tous les points où s'établit le contact entre la muqueuse et l'eau salée. Ce dispositif constitue un excitateur liquide dont la surface très étendue écarte tout danger d'eschare électrolytique, l'autre pôle est placé sur la région lombaire ou sur l'abdomen; il consiste en une large plaque métallique recouverte de peau de chamois mouillée.

Les séances durent de 5 à 20 minutes; pendant leur durée, il est favorable de faire à plusieurs reprises une série de renversements de courants.

Ainsi appliquée, l'électricité n'offre aucun danger et peut être employée sans inconvénient.

Elle ne doit l'être, bien entendu, que dans les premières heures de l'occlusion. Elle est formellement contre-indiquée lorsque le cœur est faible (Boudet, de Paris), et lorsqu'il y a des symptômes de péritonite.

Les succès de cette méthode sont assez nombreux pour qu'elle puisse être recommandée, sous ces réserves, au moins comme moyen de diagnostic (Jalaguier). Elle triomphe en effet rapidement des pseudo-étranglements et quelquefois de l'ileus paralytique.

A-t-on quelques chances de réduire par ce moyen une invagination ? Le fait est plus douteux, mais il semble s'être présenté.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Tel est l'ensemble des moyens qui constituent ce qu'on appelle le traitement médical de l'occlusion. C'est le traitement qui doit être tout d'abord et toujours institué en l'absence d'un diagnostic étiologique certain, et cela dès le début des accidents. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il ne s'agit là que d'une thérapeutique d'attente sur les résultats de laquelle il convient d'être rapidement fixé dans l'intérêt même du malade et qui comporte par conséquent une surveillance attentive du pouls, de l'état local et de l'état général.

D'une manière générale, 24 ou 36 heures après l'échec des moyens que nous avons énumérés, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Car alors, comme le dit M. A. Broca, les lésions commandant la laparotomie sont en majorité.

Il va sans dire que c'est par là qu'il faut commencer dans tous les cas suraigus ou lorsqu'il y a des signes de péritonite déclarée. La dissociation du pouls et de la température est une indication impérative de l'intervention chirurgicale.

Mais ici la discussion recommence. Est-ce la laparotomie, est-ce l'anus artificiel qui constituent l'intervention de choix ? Il est difficile de poser des règles précises en face des opinions contradictoires professées sur ce point par les chirurgiens. Néanmoins il est peut-être possible d'arriver à une solution applicable au plus grand nombre des cas.

Les partisans de l'entérostomie font valoir que l'anus artificiel est une opération d'urgence comparable à la trachéotomie, qui a pour unique objet d'empêcher les malades de mourir, et cela au moyen d'une intervention simple, ne nécessitant aucune instrumentation compliquée durant quelques minutes à peine, ne produisant pas de choc et permettant ultérieurement — à froid pour ainsi dire — une opération radicale réglée. De leur côté les laparotomistes font ressortir que seule l'ouverture du ventre peut mettre définitivement un terme aux accidents en supprimant la cause qui les a fait naître, que même, si l'on ne peut lever l'obstacle, l'entérostomie se fera en bonne place ; que, si la mortalité opératoire de l'anus est insignifiante, les malades n'en succombent pas moins secondairement, soit aux complications septiques, soit à la dénutrition entraînée par un anus établi sur une anse trop élevée ; qu'enfin, le pronostic de l'incision abdominale est uniquement en rapport avec la précocité de l'intervention, la plupart des laparotomies faites dans

les 30 premières heures du début de l'occlusion étant presque toujours suivies de guérison.

(à suivre)

GYNÉCOLOGIE

Opothérapie ovarienne.

par M. EDMOND VIDAL.

(Suite.)

L'idéal serait de pouvoir employer ces ovaires au moment de leur mise en tension maximum, c'est-à-dire au moment où ils sont le plus chargés de principes actifs. L'ovaire, comme toutes les glandes, passe par des périodes d'activité et de repos. Il se charge peu à peu de zymases puis, s'évacue par les voies efférentes. Il s'agit d'utiliser ces zymases avant leur évacuation, et le meilleur moment pour cela est la période du *rut* qui précède de peu la détente de la glande. Mais cette sélection ne sera pratiquement faisable que le jour où les laboratoires biologiques écoulent le suc ovarique en quantité suffisante pour choisir eux-mêmes leurs animaux et les sacrifier au moment voulu, sans se laisser influencer par le prix de revient d'un suc ainsi sélectionné. Quoi qu'il en soit, les ovaires ayant été recueillis, il s'agit de leur faire subir une préparation permettant de les faire absorber sans répugnance par la malade.

L'extract complet se prépare en pulplant ou en râpant l'organe bien dépouillé de ses enveloppes, et en le desséchant dans le vide à 30°, une température plus élevée modifiant notablement les principes actifs. Après quelques jours de dessiccation, il reste sur les plateaux une poudre brune dont 0,12 centigr. correspondent en moyenne à un ovaire de brebis. Le poids de l'ovaire de brebis étant de 0,90 centigr. pour donner à cette poudre un poids correspondant à celui de l'ovaire, on lui ajoute 78 % d'une poudre inerte, généralement composée d'un mélange à parties égales de bicarbonate de soude et de sucre de lait. Ce mélange peut être incorporé à du bouillon, du lait, de l'eau, ou mis en pilules, en cachets, en comprimés, il a l'avantage de posséder toutes les propriétés de l'organe, mais aussi l'inconvénient de faire absorber, à côté du principe utile, d'autres corps inutiles ou même nocifs. C'est lui qu'on administre sous le nom d'ovarienne, d'oophorine, d'ovigenine, etc., etc., à des doses correspondant à un ou deux ovaires par jour. Les *Extraits partiels* sont assez nombreux, mais pas un n'a atteint l'objectif fixé, soumis à la découverte et à l'isolement des principes actifs des sécrétions internes, comme ont été découverts et utilisés les alcaloïdes d'origine végétale. Les *Extraits aqueux* alcooliques, éthers et chloroformés sont préparés en faisant macérer la glande

fraîche dans de l'eau, de l'alcool, de l'éther ou du chloroforme, puis en desséchant dans le vide ; leur utilisation est difficile étant donné le peu de principes actifs qu'ils contiennent. L'*extrait glyceriné* est bien meilleur, il épuise à peu près complètement les glandes et les liqueurs concentrées sont de conservation facile. L'organe, découpé en fragments menus, est mis à macérer pendant 24 ou 36 heures dans la glycérine, filtré sur papier, puis à la bougie d'alumine sous pression d'acide carbonique. Renfermé immédiatement dans des tubes scellés à la lampe et stérilisés au préalable, il reste limpide et conserve son efficacité après plus d'une année, ainsi que j'ai pu m'en assurer à plusieurs reprises. C'est ce mode de préparation que j'utilise en injections hypodermiques depuis plusieurs années, avec d'excellents résultats. Bien qu'ayant tour à tour essayé toutes les marques connues, je n'ai jamais eu d'abcès ni d'accidents d'aucune sorte, ce que j'attribue aux minutieuses précautions antiseptiques prises avant et pendant chaque piqûre. On accuse ces injections d'être douloureuses ; elles ne le sont nullement quand on les fait au lieu d'élection, c'est-à-dire en pleine fesse, sur une ligne joignant la dernière vertèbre sacrée au bord supérieur du grand trochanter, et quand on prend la précaution d'injecter très lentement sans imprimer à l'aiguille le moindre mouvement. L'injection est grandement facilitée quand on emploie, au lieu de seringue, l'ingénieux appareil de Chevretin-Lomatte, que je vous présente. Le liquide ovarique que j'emploie journellement est contenu dans de petites ampoules de 1/2 ou 5 cent. cubes scellées à la lampe et dont l'une des extrémités est entourée d'une fine bandelette de papier buvard. Après avoir brisé les deux bouts de l'ampoule, on adapte l'extrémité autour de laquelle s'enroule le papier buvard à l'embout d'une aiguille de platine iridié munie d'un pas de vis, et à l'autre extrémité on ajoute le tuyau d'une soufflerie de vaporisateur. En pressant doucement la poire, on fait pénétrer goutte à goutte le liquide sous la peau, et l'injection se fait sans la moindre douleur. Nous sommes donc en présence de trois procédés distincts d'administration du suc ovarique : l'ingestion de l'organe frais, l'ingestion d'extrait total ou partiel, l'injection hypodermique.

De ces 3 modes de traitement, l'injection hypodermique seule m'a régulièrement donné des résultats appréciables, tant dans la ménopause naturelle ou artificielle que dans la neurasthénie féminine. On lui reproche de n'être pas acceptée facilement par tous les malades ; c'est un reproche mal fondé, la malade qui souffre acceptant volontiers un traitement dont elle ne tarde pas à apprécier les résultats. On a objecté aussi la difficulté d'avoir de bons extraits que l'on puisse injecter en toute confiance sans courir le risque d'abcès ou d'infection. Or, un certain nombre de laboratoires biologiques (j'en connais au moins trois) sont à même de fournir au public médical des extraits irréprochables et honnêtement préparés, j'en use régulièrement, beaucoup de nos confrères

ont recours et nous sommes tous satisfaits. Rien ne s'oppose donc à l'emploi régulier de la médication ovarique, dont le champ d'application augmente chaque jour au grand profit de l'"Eternelle blessée", dont nos conditions d'existence fiévreuse et agitée ont usé à la fois le système nerveux et le système génital.

(*Progrès méd.*)

MALADIES VENERIENNES

Les trois médicaments anti-biennoorrhagiques : le copahu, le cubèbe et le santal.

par M. le prof. FOURNIER.

(*Suite et fin*)

Quels sont les modes d'administration de ces trois remèdes ?

Autrefois, ils étaient avalés en nature par nos pères, moins délicats sans doute que nous. La potion de Chopart était le type des préparations prescrites par les anciens médecins. C'était un liquide de goût détestable le breuvage peut être le plus épouvantable du monde. Il fallait véritablement, pour l'absorber, le courage du désespoir ! Peu à peu, des perfectionnements progressifs ont été apportés à la pharmacie de ces drogues. On les a données sous forme de bols, de boulettes composées de copahu solidifié par la magnésie (1/16^e). On a fait prendre le cubèbe de la même façon, en bols ou électuaires et dans du pain azyme. Le copahu et le cubèbe ont été associés, ensuite, sous le non d'opiat :

Cubèbe en poudres.....	10 grammes.
Copahu.....	3 grammes.
Sirop de goudron	Q. S.

à diviser en boulettes (dose journalière).

De nos jours, on fait beaucoup mieux encore et on utilise, pour ces produits, la forme capsulaire qui enlève toute saveur et par conséquent tout dégoût pour le malade. Cette forme capsulaire, excellente en principe puisqu'elle permet d'avaler facilement un médicament dont la saveur est, en l'espèce, affreuse présente cependant, en pratique, un sérieux inconvénient. Le marchandisme s'est, en effet, emparé de ces médicaments et le génie de la fraude, à nul autre pareil, est arrivé au résultat suivant : fabriquer et vendre des capsules de santal sans santal, des capsules de copahu sans copahu. Il n'est pas de produits plus falsifiés que ces deux médicaments car il n'en est pas dont la vente soit plus intense. Aussi, la liste des substances qui leur sont substituées est-elle démesurément longue. Au lieu de copahu, on donne de l'huile de ricin, mêlée de colophane, de pavot, etc., on additionne le cubèbe de tous les mauvais poivres du monde ; quant au santal, le plus cher des trois, se

fraude est pour ainsi dire obligatoire puisqu'elle donne les plus beaux bénéfices. On le dilue avec du copahu, de l'huile de ricin, de l'essence de cèdre (qui coûte quinze francs le kilogr. au lieu de cinquante fr.) Il existe même des capsules dites de santal dans lesquelles il n'entre pas un seul atome de cette drogue. Les choses en sont là et dans le commerce, on vend, au lieu de copahu de cubèbe et surtout de santal, des mélanges souvent inimaginables. J'ai soigné, il y a quelques temps, un jeune homme qui dirigeait une grande maison de droguerie. Il me disait : j'achète à Java du cubèbe vrai au minimum de 6 francs la livre. Ici, je ne puis pas la vendre plus de cinq francs et suis par conséquent forcé de le couper. Je le dilue avec diverses autres substances... treize seulement ! Inutile d'ajouter que mon jeune droguiste, ne voulant pas... manger son fonds, prit pour lui-même un autre cubèbe que celui de sa maison.

Ceci dit, je vais étudier maintenant les indications et les contre-indications de la méthode balsamique dans le traitement de la blennorrhagie. A quelle époque ce traitement est-il utile ? quels sont les cas qui s'en trouvent bien et ceux qui au contraire s'en trouvent mal ?

Quatre propositions principales méritent, sur ce point d'être longuement développées. Les voici :

1° Les balsamiques échouent en tant qu'abortifs de la blennorrhagie.

2° Ils échouent contre la blennorrhée.

3° Ils échouent contre l'urétrite gonococcique lorsque celle-ci présente encore un processus inflammatoire aigu, si atténué soit-il.

4° Ils agissent, par contre, énergiquement, quand l'inflammation est totalement tombée.

Les balsamiques échouent dans le traitement abortif de la blennorrhagie. C'est la règle générale, à peu près absolue, les cas dans lesquels une gonorrhée a pu être guérie au début par l'administration du copahu, du cubèbe et du santal étant exceptionnels. Les auteurs sont, ici, tous d'accord et leur consensus est unanime. Il suffit d'ailleurs, pour être convaincu, de s'enquérir ou plutôt d'écouter simplement les malades. Beaucoup d'entre eux se présentent à nous dans les conditions suivantes : aussitôt l'écoulement apparu au méat urétral, dès le premier jour, ils sont accourus chez un pharmacien et ont absorbé force copahu et cubèbe. Qu'est-il arrivé alors et qu'arrive-t-il en pareille circonstance ? Deux choses ; ou bien le traitement ne fait rien et l'écoulement, sans cependant devenir très intense, augmente ; c'est ce qui peut se passer de meilleur, car le patient renonce à son idée de faire avorter la maladie. Ou bien, et voici l'alternative la plus trompeuse, l'écoulement diminue immédiatement, le résultat semble même excellent, voire merveilleux. Les jours se passent ; pas de pus au méat pas de douleur ; un urèthre humide et le matin une goutte plus ou moins considérable. Vous trouvez, par

contre, un canal congestionné, rouge cerise ; mauvais signe qui indique que la blennorrhagie n'avortera pas. Le patient continue le copahu et le cubèbe, 8 jours, 15 jours, 3 semaines, un mois parfois, et les choses restent dans le même état. Il ne peut pas cependant prendre indéfiniment des balsamiques. Le dégoût arrive, la diarrhée apparaît. Il cesse pour voir le résultat obtenu : résultat déplorable ! En 24 heures l'écoulement revient, 3, 4, 5 gouttes d'abord, puis une gonorrhée reconstituée comme si rien n'avait été fait. Ainsi l'emploi des balsamiques, dès le début de la maladie, supprime presque l'écoulement tant que la médication est continuée. Aussitôt cessée, tout réapparaît sous forme d'une véritable débâcle. Mais, est-ce la véritable chaudepisse que nous trouvons alors ? Nullement. Le malade aura été exempté des douleurs de la période aiguë de la blennorrhagie, de l'écrêtisme qu'elle provoque, mais il paiera largement cet avantage, car la lésion qui persiste après cet avortement manqué est une chaudepisse modifiée, aphlegmasique, la pire des chaudépisses. Voyons le malade au vingt-cinquième jour de son affection, par exemple. Il a un suintement d'intensité moyenne, une dizaine de gouttes jaunâtres environ, à peu près l'état ou serait une blennorrhagie de même date simplement traitée par l'hygiène. Toutefois, tandis que cette dernière va se tarir rapidement avec les balsamiques, la première au contraire, restera réfractaire. L'écoulement diminuera, mais ne disparaîtra pas. L'administration des balsamiques, comme abortifs, a donc pour résultat de rendre l'urèthre réfractaire à leur action réellement curative. Le fait est là, inexplicable sans doute, mais indéniable. Aussi, soit dit incidemment, lorsque vous vous trouverez en présence d'un cas de ce genre, d'une gonorrhée traitée au début par le cubèbe, la seule conduite à tenir est de faire machine en arrière, de suspendre absolument tout essai de traitement. Contentez-vous de l'hygiène, laissez couler au moins pendant 2 à 3 semaines, et surtout pas de médication suppressive quelle qu'elle soit. Malheureusement, cette conduite est rarement adoptée. C'est trop long, dit-on. On reprend les balsamiques, on y ajoute les injections, les lavages, etc. Qu'arrive-t-il ? L'écoulement paraît encore se supprimer pour un temps, comme auparavant, avec un suintement séreux dans la journée et une goutte jaune le matin. A chaque arrêt de traitement, la même débâcle reparaît et on est bien plus éloigné que le premier jour de la guérison.

Posez en axiome que le coupage abortif et, en particulier, le coupage prolongé et obstiné est le meilleur moyen d'éterniser l'écoulement. Pour Finger, la suppuration est un acte de défense de l'organisme. Elle est nécessaire. J'ignore la valeur de cette interprétation pathogénique. Au-dessus de la théorie, s'élève le fait brutal et indéniable. Le traitement abortif par les balsamiques est un mauvais traitement. Il ne réussit pas. Si vous l'avez essayé, ne vous obstinez pas. L'in-

succès une fois constaté, ne persévérez pas dans la même voie. Revenez à la médication anti-phlogistique.

(Le Concours méd.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Thérapeutique générale des maladies du foie.

D'après M. le Dr BOMMIER (Arras).

Le foie, par la place importante qu'il occupe dans l'organisme, mérite, au point de vue thérapeutique, une étude spéciale. Savoir le bien soigner ne serait, en somme, que lui accorder une compensation bien méritée. Les affections dont il peut être atteint ne sont jamais primitives. Elles dérivent toujours d'un trouble organique voisin ou éloigné et, pour comble de malheur, les voies anatomiques par lesquelles l'agent pathogène peut être amené au foie sont aussi nombreuses que possible. C'est d'abord :

1° L'artère hépatique ; sa ligature, sa compression produit de la nécrose cellulaire en vastes foyers ; une diminution considérable de la fonction uropoétique (l'urée, au lieu d'entrer pour 83 p. 100 dans l'azote urinaire, arrive parfois à 20 p. 100 ; un peu de glycosurie.

L'artère hépatique amène au foie les poisons élaborés dans l'organisme (abcès métastatique dans les pyémies chirurgicales, les lésions syphilitiques, artérites, endartérites oblitérantes).

2° La veine-porte amène surtout le produit des infections et des intoxications gastro-intestinales ;

3° La veine splénique amène les poisons accumulés dans la rate, car malgré l'opinion de Charrin, qui voit dans la splénomégalie la conséquence d'un rôle antitoxique compensateur, on peut croire, avec Chauffard, que l'intoxication est primitivement cantonnée, exagérée peut être dans la rate et va de là impressionner le foie (maladie de Banti = splénomégalie avec anémie progressive se compliquant ultérieurement de cirrhose du foie ; — hépatie paludéenne consécutive à la spléno-pathie) ;

4° Les veines sus-hépatiques font retentir sur le foie des troubles cardiaques ;

5° La capsule périthépatique participe fréquemment aux lésions péritonéales ;

6° Le tractus biliaire, insuffisamment balayé par la bile, laisse des microbes intestinaux envahir le foie tout entier.

De tous côtés, la glande hépatique est menacée et nous avons pourtant le plus grand intérêt à ce qu'elle puisse fonctionner normalement. Elle a toujours à lutter soit :

a) Contre les microbes. — Je sais bien que pour quelques-uns d'entre eux, le foie nous rend de détestables

services en exaltant leur virulence, et qu'il constitue un excellent milieu de culture pour le streptocoque, le microbe de la tuberculose, de la morve et de la diphthérie. Ces messieurs ont démolé la théorie du foie = barrière, mais ne peuvent nous faire oublier que le foie tue la bactériémie charbonneuse, qu'il est capable de neutraliser 64 fois la dose mortelle de charbon, 6 à 8 la dose mortelle de staphylocoque ; qu'il rabaisse les prétentions exagérées du bacille d'Eberth et qu'enfin, unique en son genre, il nous offre des abcès volumineux parfaitement stériles.

Et quand on examine de plus près cette exaltation coupable des propriétés de certains rares microbes, on s'aperçoit qu'elle est fonction de la glycogénie et qu'en somme rien n'est plus simple de diminuer, par le jeûne, et la glycogénie et l'hypertoxémie ;

b) Contre les toxines microbiennes et contre les poisons minéraux et végétaux, le foie conserve intacte sa réputation de vieux lutteur. Il exerce son action d'arrêt et d'accumulation sans exception ; son fiel est solutaire ; sa bile est un baume d'une action immunisante très nette, qui va jusqu'à neutraliser le venin de la vipère !

Mais ce pouvoir antitoxique de la cellule hépatique n'est pas seul à intervenir, il faut y joindre son pouvoir oxydant, le plus élevé avec celui du poumon et de la rate.

Comment s'étonner que le foie se perde à lutter ainsi ? Tout dépend, du reste, du degré de concentration des poisons qui l'attaquent en vertu des lois de la chimiotaxie qui domine la phagocytose. Si l'agent irritant est faible, si la solution de poison n'est pas trop concentrée, la diapédèse, qui n'est que la figuration histologique d'une active chimiotaxie positive, aura pour but d'absorber le poison et de l'atténuer complètement, si c'est possible, ou incomplètement. L'agent irritant, le poison, est-il au contraire, trop concentré, trop puissant, les cellules seront, malgré une chimiotaxie négative, envahies de force, rongées, transformées, détruites ; c'est la stéatose aiguë, la dégénérescence granuleuse, etc., (hypertoxémie des poisons de l'ictère grave, de la fièvre jaune).

Ainsi donc, voilà bien établie la première partie de notre introduction : le foie, menacé de tous côtés, lutte de son mieux et ne succombe que devant des forces supérieures.

Si les lésions des organes voisins retentissent fréquemment sur lui toutes les parties de notre organisme éprouvent le contre-coup de ses souffrances. La peau aura ses éruptions variées, le prurit, le xanthélasma ; le tube digestif traduira par l'anorexie, les nausées, les vomissements, le météorisme, les hématoméses, les phénomènes de putridité intestinale, la décoloration des fèces, le catarrhe gastrique, traduira, dis-je l'état anormal de l'une de ses glandes les plus importantes ; le système circulatoire sera frappé d'hypotension, de bradycardie : dans la petite circulation, nous observerons de l'hyper-

tension due à un réflexe vaso-constricteur; à point de départ biliaire, et nous pourrions constater à l'auscultation depuis l'accentuation du second bruit pulmonaire jusqu'à l'insuffisance tricuspidiennne par dilatation du ventricule (allant parfois jusqu'à l'asystolie), en passant par le doublement du second bruit à la base, avec précession pulmonaire ! L'appareil glandulaire révèle une hyperactivité fonctionnelle du corps thyroïde assez intéressante, puisqu'elle met en lumière un des nombreux mécanismes de compensation que possède notre organisme. Quand le foie ou la glande thyroïde fonctionnent mal, c'est une hypertrophie, un ralentissement de la nutrition avec abaissement de la température qui se produit à coup sûr ; rien d'étonnant alors à ce que, lorsque l'une de ces deux glandes s'affaiblit l'autre entre en hyperactivité.

Le rein est surtout frappé ; il a non seulement à éliminer les toxines causales primitives, mais bien souvent de l'albumine, des poisons intestinaux passés intacts à travers un foie impuissant. Les urines des cirrhotiques sont très convulsivantes et tuent, en général, à des doses minimes.

Le rein est donc troublé, soit au point de vue fonctionnel, soit anatomiquement ; tout dépend de la gravité de la lésion hépatique et de sa durée, mais une des conséquences les plus habituelles est l'oligurie, qui va parfois jusqu'à l'anurie, et il semble que ce phénomène est surtout un réflexe d'inhibition. On a dit avec raison que l'état du rein faisait le pronostic dans les lésions hépatiques.

Le système nerveux ne réagit pas en général. Les manifestations nerveuses sont d'ordre dépressif : somnolence, narcolepsie, psychopathie par auto-intoxication. C'est en somme la notion traditionnelle de l'influence des maladies du foie sur les fonctions psychiques qui fait d'un hépatique un atrabilaire (Pierret). La xanthopsie, l'héméralopie, la rétinite pigmentaire, l'amblyopie, l'asthénopie accommodative sont des manifestations nerveuses fréquentes.

Sur la nutrition générale, c'est l'hypothermie, l'amaigrissement.

En résumé : hypotension vasculaire, hypothénie nerveuse, hypothermie, amaigrissement, ne sont que les formes d'un trouble général caractérisé par l'état du foie et on revient tout doucement à l'antique conception de nos pères qui considéraient le foie, " d'où venait le sang ", comme l'organe ayant un rôle primordial dans la calorification et pour la vie.

Quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur la pathologie du foie, on constate qu'en somme la thérapeutique doit obéir à certaines indications, qui sont :

- 1° Empêcher l'introduction des poisons dans le tube digestif par la diététique ;
- 2° Réduire la toxicité du milieu intestinal ;
- 3° Entretenir l'asepsie biliaire en assurant l'écoulement normal de la bile, en prévenant son infection ;

4° Décongestionner le foie ;

5° Maintenir son pouvoir antitoxique.

1° Empêcher l'introduction des poisons dans le tube digestif par la diététique. Les viandes comme le poulet de grain, le veau, l'agneau, le porc frais et maigre, le bœuf, le mouton en plus petite quantité sont les aliments de choix. Le lait, s'il est bien digéré, assurera une asepsie relative de l'intestin ; on y ajoutera les œufs aussi peu cuits que possible.

Toutes les viandes faisandées ou grasses (les graisses augmentent la toxicité intestinal) seront rejetées, le gibier, les poissons gras, le thon, le saumon, le maquereau, l'anguille, les crustacés.

Si la glycogénie est normale, on permettra les féculents en quantité modérée et proscrira de préférence le sucre, l'alcool. Les petits pois (cholestérine végétale) doivent être particulièrement exclus du régime des lithiasiques.

Les cures de raisin auront le meilleur effet. Ce sont là des règles générales susceptibles d'être modifiées selon les idiosyncrasies, dont il faut tenir le plus grand compte.

2° Réduire la toxicité du milieu gastro-intestinal. Après s'être jeté à " corps perdu " dans les antiseptiques intestinaux : bétol, benzo naphtol, salol, etc., on s'est aperçu que le véritable moyen d'aseptiser l'intestin était de provoquer la sécrétion du suc intestinal et d'empêcher la stagnation des matières fécales. Mais entre les purgatifs, il est nécessaire de choisir. Le purgatif est une arme d'exception, bonne, tout au plus, quand il faut agir vite. Le laxatif arrive au même but, provoque une irritation moins intense, et n'est pas suivi d'une réaction (presque fatale avec le purgatif) sous forme de constipation d'une durée de trois à quatre jours, qui nécessitera une nouvelle purgation violente. Tout ce qui congestionnera l'intestin agira sur le foie. Acceptons la purgatif salin dans les cas de congestion aiguë pour provoquer une copieuse saignée blanche du système porte et de la glande hépatique, mais usons du laxatif dans les cas torpides ou chroniques.

(à suivre)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Projet de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Le 25 juin 1900, jour de fête nationale, la Société médicale de Québec conviait tous ses membres, ainsi que les principaux représentants du corps médical canadien-français de cette province, à une convention scientifique et d'intérêts professionnels.

Le but de cette réunion intime était, surtout, d'étendre les bonnes relations de confraternité tout en fournissant à ses participants l'occasion d'étudier certai-

nes questions de science pratique et quelques projets d'une importance vitale pour l'avenir de la profession médicale française en ce pays.

Cent cinquante médecins répondirent à cet appel, et ils apportèrent le zèle le plus louable et le plus vif intérêt pour l'étude et la solution des questions qui leur furent soumises.

La bonne entente, la cordiale sympathie, l'enthousiasme même, que l'on vit se refléter entre tous les assistants, durant cette convention, de même que les travaux utiles et sérieux qui y furent présentés, témoignèrent hautement que les idées et les projets qui peuvent servir à rendre plus étroits les liens de la solidarité professionnelle, en même temps qu'à promouvoir le développement de l'éducation scientifique, trouvent un écho facile et généreux parmi tous les membres de notre profession. L'exemple d'un pareil ralliement était, certes, bien propre à inspirer la plus grande confiance en l'avenir et ne pouvait guère manquer de faire naître dans l'esprit de ses promoteurs des aspirations encore plus élevées.

Aussi, pour mieux couronner cette œuvre de bonne confraternité et d'émulation scientifique, tous éprouvèrent-ils le besoin, avant de se séparer, d'élargir le cadre de cette manifestation et de la faire concourir à combler une lacune depuis longtemps ressentie parmi les médecins canadiens-français. Il sembla qu'il y avait à faire un pas de plus pour caractériser une époque dans l'histoire du développement de la médecine française au Canada, et en assurer l'évolution normale et continue vers le progrès. Tous eurent à cœur de grouper les énergies et de les faire converger vers le but louable et légitime de mettre en meilleur relief la valeur de notre éducation scientifique et d'acquiescer à notre profession l'influence sociale et la prépondérance qu'elle a droit d'acquiescer sur cette terre du Canada que nos ancêtres ont ouverte à la civilisation.

Une proposition fut soumise, séance tenante, à la considération de l'assemblée à l'effet de jeter les bases d'une association qui devrait s'étendre à tous les médecins de langue française, non seulement du Dominion du Canada, mais de toute l'Amérique du Nord, également : l'orateur faisant remarquer, pour justifier un titre aussi vaste, que, dans ce grand ralliement professionnel, il ne fallait pas oublier un nombre important de médecins de notre nationalité, qui se sont répandus dans les centres de la grande République voisine où l'émigration des nôtres s'est implantée d'une manière durable, depuis plusieurs années, et où des groupes nombreux d'une population qui partage notre origine, s'y développent désormais comme dans une seconde patrie. Ces médecins, la plupart diplômés de nos universités, et toujours fidèles au souvenir de la patrie canadienne, aiment à continuer les relations intimes et les traditions scientifiques qui les unissent à leurs confrères du Canada, au beau temps de leurs études.

Nous ne pouvions pas, non plus, oublier un groupe

important de médecins de même origine, dans cette province sœur des Etats-Unis, la Louisiane, dont l'éducation, puisée aux mêmes sources de haut enseignement français, semble devoir établir entre nous les liens d'une solidarité que nous aimerons à rendre de plus en plus étroite. Nous avons cru pouvoir nous flatter de l'espoir, également, que ce même mouvement ne manquerait pas de rallier un bon nombre d'autres médecins distingués, d'origine purement française, qui ont quitté le sol de la vieille France où ils avaient reçu leur éducation première pour venir se fixer et exercer leur art professionnel sur cette nouvelle terre de la Liberté. Tous doivent avoir l'orgueil de leur race; et aucun ne saurait rester indifférent à cette œuvre de ralliement et du perfectionnement de l'éducation de la famille médicale française, dont les divers groupes, disséminés sur la surface de ce vaste continent, ne cessent de lutter avec persévérance pour conserver la langue et les nobles traditions de leur commune mère patrie.

L'objet fondamental de cette association internationale sera donc de réunir dans une confraternité plus intime et comme dans un centre d'action plus favorable aux études et à l'avancement professionnel tous les médecins de même origine et de langue française, sur ce continent.

Pour arriver à la réalisation de ce but, qui intéresse notre avenir à plus d'un point de vue, cette association aura pour mission.

1° D'organiser des congrès périodiques de médecine, dans les différentes villes de notre province et dans les principaux centres de l'émigration française aux Etats-Unis.

2° D'encourager et de promouvoir la fondation de sociétés médicales dans tous les districts où peuvent se rencontrer des groupes assez nombreux de médecins zélés pour les études et ayant à cœur leur avancement et le prestige de notre profession.

Il n'est pas besoin d'appuyer pour démontrer l'utilité de ces congrès pour la masse des médecins, et les avantages que tous peuvent retirer de l'existence des sociétés médicales; il est bien reconnu, en effet que ce sont-là les deux plus puissants leviers pour favoriser l'émulation et l'essor dans les études et maintenir le niveau de l'éducation à la hauteur de tous les progrès.

Ce projet parut conforme aux désirs de tous : aussi fut-il chaleureusement applaudi et accepté à l'unanimité. Pour lui donner une forme plus tangible, un comité composé des principaux représentants des Sociétés médicales de Québec et de Montréal fut choisi, séance tenante, pour en étudier les détails et le mettre à exécution avant l'année 1902.

Une circonstance mémorable, pour cette même date, se présentait, qui ne pouvait manquer d'impressionner les esprits et d'indiquer l'orientation à donner à cette nouvelle association, dès son point de départ : c'était la cinquantenaire de la fondation de l'Université Laval, la

première université française en Amérique, l'Alma-Mater de la plupart des médecins canadiens français de la haute institution qui a mérité d'être désignée comme l'un des plus solides ramparts de notre nationalité.

Il sembla à tous que faire coïncider le premier pas de cette association, avec un événement aussi important dans l'histoire de l'enseignement supérieur, au Canada, c'était marquer, au seuil de sa carrière, l'esprit qui devait y présider et les traditions sur lesquelles elle devait s'appuyer pour se développer et grandir d'une manière conforme aux aspirations de la profession et aux destinées que nous ambitionnons pour notre race, dans ce pays où les deux grandes nationalités, qui y sont réunies dans la fidélité au même drapeau, peuvent se développer, chacune dans leur sphère, selon des privilèges nettement garantis par la constitution politique qui nous régit. C'est pourquoi il fut décidé sur-le-champ et d'un commun accord, que le premier congrès de la nouvelle association aurait lieu en 1902, à la date des fêtes des noces d'or de l'Université Laval, à Québec même, le siège de fondation de cette université, et la vieille capitale toujours française de cette ancienne province que l'on se plaît encore bien souvent à désigner sous le nom de Nouvelle-France.

Nous admettons, nous en avons la confiance, que l'on ne pouvait pas à la vérité, rêver une circonstance plus favorable pour donner la première sanction à cette œuvre de ralliement et d'émulation vers le progrès, qui marquera une étape dans le développement de notre profession. Nous croyons, de plus, être l'écho du sentiment général en affirmant que l'endroit choisi si spontanément, comme siège du premier congrès, ne pouvait qu'ajouter à son intérêt scientifique. En effet, non seulement notre vieille cité de Champlain a été le berceau de notre nationalité, le foyer d'origine de cette première université française en Amérique, mais, c'est aussi la ville la plus riche en souvenirs de notre histoire et en reliques d'un passé engagé dans des luttes mémorables ; elle reste encore aux yeux de tous la source la plus féconde d'où s'inspire le patriotisme, car chaque pierre y rappelle pour ainsi dire les gloires et les héroïsmes d'autrefois.

D'ailleurs, si l'on en doit juger par les nombreuses et ferventes adhésions qui ont déjà accueilli ce projet dans les principaux centres du pays, nous serions en droit d'affirmer qu'il répondait à une nécessité depuis longtemps ressentie. Nous en trouverions une autre preuve non moins convaincante dans le mouvement, déjà très étendu, d'organisation des sociétés médicales de districts, qui ont pris naissance depuis l'origine de ce projet et qui toutes, presque sans exception, ont inscrit comme un premier article dans leur programme, la coopération à cette œuvre d'intérêt scientifique et national tout à la fois, d'où ressortiront, pour l'avenir, l'influence et le prestige de notre profession.

Nous avons bien, il est vrai, l'Association Médicale

du Canada qui est ouverte aux médecins des différentes nationalités dans le Dominion. Mais comme nos confrères de langue anglaise en constituent maintenant la très grande majorité, la différence de langage ne permet plus au grand nombre parmi les médecins de notre origine, de suivre avec profit les travaux qui leur sont offerts dans les congrès de cette association, dont nous apprécions cependant toute la valeur.

C'est là, il faut bien l'avouer, la principale, pour ne pas dire l'unique raison, qui explique l'abstention des nôtres et qui a fait sentir chez la plupart, depuis longtemps le besoin de fonder une association distincte, mieux adaptée à leurs besoins à leurs aptitudes, qui aurait sa vitalité propre, et dans laquelle rien ne nuirait à leur avancement et à la libre expansion du savoir et du talent.

"La science n'a pas de patrie," comme on l'a dit avec raison ; elle ne doit pas être limitée par les frontières d'un pays ; mais, il faut bien l'admettre, la langue qui en est l'expression, établit une grande différence, pour la facilité de sa diffusion, pour le travail des études journalières comme pour le profit que la masse des praticiens peut retirer de ses manifestations les plus larges au sein des congrès professionnels. Voilà pourquoi notre association des médecins de langue française aura sa raison d'être. Mais elle ne sera pas une menace de briser l'harmonie que nous aimerons à conserver avec nos confrères de la langue anglaise, non plus qu'une scission qui nous aura été inspirée par un sentiment de pur nationalisme : elle ne sera que l'expression légitime d'une nécessité depuis longtemps ressentie pour favoriser le développement de notre éducation scientifique. Et nous avons la confiance, au contraire, que cette association qui n'aura qu'un même but deviendra plutôt l'occasion d'échanges réciproques entre les associations identiques, de nationalité et de lutte dans le but qu'elles poursuivent que l'émulation pour l'avancement scientifique et le bien de l'humanité souffrante. N'est ce pas là l'objet commun qui doit rattacher tous ceux qui ont embrassé la noble profession de la médecine ?

Le Comité chargé de présider à cette organisation croit le moment très opportun de soumettre les propositions suivantes à chacun des médecins auxquels il adresse aujourd'hui cette première communication — certain d'avance que leur réponse ne contredira pas les sentiments exprimés à la convention médicale de Québec, en légitimant les motifs de la mise en avant d'un tel projet. Nous croyons qu'il suffira de poser ces questions pour les résoudre et raffermir une conviction qui nous semble devoir rallier facilement tous les esprits :

N'avons nous pas eu à regretter, dans le passé, d'avoir été privés de la considération que nous aurions pu acquérir en nous unissant dans le travail et en nous mettant plus en évidence comme corps professionnel ?

Le temps n'est-il pas venu, pour la profession médicale française de ce pays, de s'affirmer, de faire sa marque

dans la concurrence scientifique, afin d'être jugée plus à son mérite dans l'avenir ?

Et n'est-ce pas par le moyen d'une association autonome, qui sera pour tous un centre d'unité et d'action favorable à l'essor des études et au relèvement du niveau professionnel, que cette ambition légitime et patriotique pourra se réaliser le plus sûrement et avec le plus de profit ?

Cette association générale sera comme un centre de fédération pour toutes les sociétés médicales de district auxquelles elle donnera une vive impulsion et d'où elle tirera en retour une partie de sa force et de sa vitalité.

Le médecin canadien-français, conscient de la force que donne l'union dans le travail, et profitant de ce champ nouveau ouvert à ses ambitions, ne sera plus destiné, désormais, à vivre dans cet isolement dont il a longtemps souffert et qui lui était si nuisible, tant au point de vue de l'avancement scientifique que de l'influence sociale et du prestige professionnel.

Par cette nouvelle organisation, qui condensera nos forces vives (nous pouvons l'affirmer sans trop de présomption), nous imposerons le respect à ceux-là même qui nous accusaient de rester inertes ou de ne les suivre que de loin dans la voie du progrès ; et nous prendrons notre rang à l'égal des autres nationalités bien que, dans ce pays, nous n'ayons ni le nombre ni les avantages matériels en notre faveur. Nous aurons la conscience, également que, tout en acquérant la compétence pour travailler plus efficacement au bien de l'humanité souffrante et à l'honneur de notre profession, nous apporterons notre part d'influence pour consolider l'unité de la race canadienne-française en Amérique : et cela sans qu'on ait besoin de mettre en doute notre loyauté envers les institutions britanniques, ni l'esprit de bonne confraternité que nous aimerons toujours à conserver envers nos confrères de langue anglaise.

Le comité qui a accepté la tâche délicate de mûrir ce projet et de le mener à bonne fin, a la confiance qu'il recevra les plus ferventes adhésions de tous les médecins de langue française auxquels il fait le plus chaleureux appel. Il ne se borne pas, cependant, à solliciter leur appui moral, mais un concours encore plus efficace, en invitant chacun à s'enrôler d'avance comme membre de la nouvelle association et à fournir sa part de travaux scientifiques pour le premier congrès de cette association à Québec, en 1902.

Ce comité se flatte de l'espoir, malgré les difficultés de la tâche, que le succès couronnera ses efforts, car il connaît trop l'esprit de patriotisme et l'amour de l'étude des membres de notre profession pour ne pas compter sûrement sur des adhésions fermes et sur un concours efficace. D'ailleurs, les circonstances particulières auxquelles nous avons fait allusion, nous semble devoir ajouter à ce mouvement une force et un essor qui seront une garantie de la réalisation des espérances que nous en avons conçues pour l'avenir.

Il ne sera pas besoin de rappeler aux médecins canadiens français, surtout qu'en apportant le concours de leur dévouement et de leur zèle les plus soutenus pour asseoir les bases de cette association, ils travailleront non seulement à leur propre avancement scientifique, au bien général de notre profession, mais ils auront acquis un nouveau titre à la reconnaissance de leurs concitoyens en faisant œuvre du meilleur patriotisme. En effet, ils auront donné, ainsi, un noble exemple, pour les travailleurs intellectuels des générations futures, et ils pourront se rendre le témoignage d'avoir apporté une nouvelle pierre pour compléter l'édification de la nationalité canadienne française.

Que chacun se rappelle cet axiome adopté par nos pères, au temps des grandes luttes, pour la conquête des privilèges et libertés qui ont assuré notre développement comme race distincte : "L'union fait la force." Que tous se pènèrent de l'esprit de cette autre devise qui a été l'inspiration des hautes intelligences et des vrais patriotes auxquels nous devons notre affermissement comme peuple : "Nos institutions, notre langue et nos lois." Nous pourrions alors compter sur un élan généreux de toutes les bonnes volontés que rien ne viendra paralyser et les obstacles seront facilement surmontés. Nous ajouterons qu'en unissant ainsi nos efforts pour travailler de concert à notre avancement scientifique et au succès d'une œuvre qui intéresse, en même temps, l'avenir de la nationalité, nous aurons bien mérité de notre profession de la Science et de la Patrie.

(Le Comité d'organisation,)

FORMULAIRE

CONTRE LES ACCIDENTS DE LA DENTITION.

Teinture de vanille.....	} ââ	5 grammes.
“ “ cocoa.....		
“ “ myrrhe.....	} ââ	20 “
“ “ safran.....		
Miel de mercuriale.....	} ââ	60 “
“ Rosat.....		

En frictions sur les gencives.

(YVON, in *Gaz. méd. belge.*)

SOLUTION HYPODERMIQUE DE PIPERAZINE.

Pipérazine.....	0 gr. 50 à 1 gr. 50
Eau distillée.....	5 grammes.

Indic.: Un centimètre cube en injection dans les tumeurs plus.

(*Gaz. heb. méd. et chir.*)

Travaux Originaux

LES METRITES.

par M. le Dr H. LASNIER.

Dans les maladies des femmes, il n'est peut être pas de chapitre plus important, en tout cas, sûrement de plus pratique que celui des métrites. Je voudrais dans cet article, donner une idée aussi nette que possible, de la façon dont se présente un cas de métrite. Mais comme c'est une affection qui revêt les formes les plus variées, qui ne se présente jamais avec les mêmes apparences, force nous est de prendre pour modèle un cas type, au cours duquel nous indiquerons les variétés qui peuvent se présenter à propos de tel ou tel symptôme.

C'est une femme de 25 à 35 ans, plus ou moins pâle, anémiée, qui nous dit à peu près ceci : " Docteur, je souffre du ventre, mes règles sont augmentées (ou diminuées), j'ai des névralgies, des maux de tête, des douleurs dans les reins... Ça date de un an après mon mariage, c'est venu après mon premier accouchement."

Tout ceci constitue pour le médecin l'obligation d'examiner la malade. La malade vient de vous donner le croquis de sa maladie, c'est au médecin maintenant de parachever le tableau, par la recherche méthodique de tous les symptômes.

Ces symptômes sont de trois ordres différents : 1° fonctionnels ; 2° physiques ; 3° généraux.

Symptômes fonctionnels. — Sont 1° le leucorrhée ; 2° l'hémorrhagie ; 3° la douleur.

Leucorrhée ou pertes blanches entre les règles. En étudiant ce symptôme il ne faut pas se laisser donner le change par les pertes blanches de la vaginite qui sont gélatineuses, tandis que dans la métrite la leucorrhée est un liquide visqueux, jaunâtre, quelquefois très abondant, et s'exagérant au moment des règles.

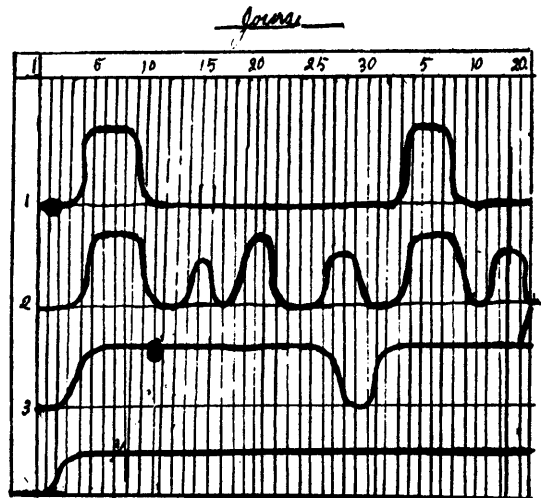
Les malades vous disent assez souvent : " Au moment de mes règles, c'est une véritable inondation..." puis " J'éprouve de la fatigue à la moindre petite marche."

Hémorrhagie. — Dans certains cas les malades sont absolument bien réglées, (voir le tableau, tracé n° 1) mais en général les règles avancent, arrivent tous les vingt jours, tous les quinze jours. (Tracé n° 2 du tableau). Ce sont des écoulements entre les règles, pour ainsi dire, qui sont plus abondants aux règles, et les font

durer plus longtemps. Il se fait des écoulements sanguins intermittants.

D'autres fois les écoulements ne sont que la continuation ou l'exagération de l'écoulement menstruel, qui prend alors le nom de ménorrhagie (n° 3 du tableau). Ou bien l'écoulement est pour ainsi dire continu, de telle sorte que pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, l'hémorrhagie génitale ne cesse pas.

La douleur est extrêmement variable. Il y a des métrites qui sont presque indolentes. Le plus souvent elle est irradiée, c'est-à-dire que les malades se plaignent de douleurs à distances. Dans le bas ventre, les malades accusent une sensation de pesanteur, de plénitude, de gêne, une sensation de chaleur. Ces douleurs sont augmentées par la marche, la station debout.



Points d'élection de la douleur. — Ils siègent au bord de l'utérus, et dans la région des reins, au niveau des symphyses sacro-iliaques.

Du côté de la vessie, il y a de fréquentes envies d'uriner, qui font croire à une cystite, quelquefois. Du côté du rectum : envies fréquentes d'aller à la selle. Des névralgies accompagnent souvent cette affection.

Symptômes généraux. — Il faut ranger dans ce tableau les douleurs à distances. La neurasthénie, accompagnée de névralgie intercostale, le plus souvent du côté gauche.

L'organisme tout entier est tendu. Il y a des gastralgies, des palpitations, de la toux, de la dilation d'estomac.

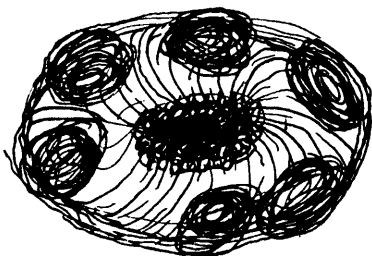
La malade viendra, quelquefois, vous consulter pour son estomac, et ce sera la métrite qui expliquera tout.

Signes physiques. — Le temps est venu d'examiner la malade, vous vous êtes renseigné sur les symptômes

généraux et subjectifs de la malade, il vous reste à chercher les signes physiques. Faites d'abord une large et abondante injection. Bassin soulevé. Vous commencerez par gagner la confiance de la malade. Pour relâcher ses muscles, vous mettez la main sur le ventre, conversez... Après quelques minutes vous pouvez y aller.

Vous explorez d'abord la région pubienne, vous mettez les deux mains sur la symphyse, vous sentez presque rien. Si vous sentez quelque chose à la région de l'ombilic, si la malade tréssaute, ce n'est pas une métrite. Vous courrez grande chance que ce soit autre chose, une lésion organique, une tumeur, une collection purulente.

Toucher simple. — Lentement, progressivement, profondément vous introduisez le doigt horizontalement. Vous arrêtez quand vous arrivez au fond en gardant la ligne horizontale.



Vous abaissez, relevez le doigt, ou faites un mouvement circulaire pour chercher le col. Une fois que vous l'avez trouvé, vous l'explorez avec le doigt pour déterminer s'il est volumineux, gros, allongé, vous cherchez sa densité, s'il est régulier ou bosselé : vous mettez le doigt sur son orifice, sur le bord, pour en rechercher les particularités, les rapports avec les parties voisines.

Tout ça c'est cérébral non au bout du doigt.

Il faut distinguer la fausse ulcération d'avec la déchirure du col.

Toucher combiné. — C'est ça qui nous donnera le diagnostic.

La situation — la forme — le volume. — Ce sont les trois choses à examiner dans le toucher combiné.

Situation. L'utérus est-il à droite ou à gauche, en haut ou en arrière.

Son volume est plus considérable dans la métrite. On le trouve aussi douloureux, c'est-à-dire dans un état morbide. Cette constatation de la douleur quand vous tenez votre utérus entre les deux doigts, est suffisante pour affirmer qu'il y a métrite.

Il n'est pas nécessaire de constater l'ulcération, l'ectropion du col.

Un utérus plus gros que normalement, douloureux, accompagné des symptômes généraux que nous avons déjà énumérés est suffisant pour diagnostiquer une métrite. Pas n'est besoin de spéculum.

“ Autrefois, disait monsieur Tuffier, à son cours de la faculté de Paris, quand l'ulcération du col était tout dans le diagnostic de la métrite, c'était le dieu des médecins, le spéculum. Moi dans 99 % des cas, je ne me sers pas du spéculum pour diagnostiquer une métrite.”

Forme du col. — Les lèvres son renversées au dehors et constituent ce que l'on appelle l'ectropion, ceci peut se constater uniquement par le doigt.

Puis si vous avez la patience de presser sur le col, et attendre un peu, vous aurez une goutte qui viendra sourdre, sanguinolente ou de pus.

La maladie est dans le fond de l'utérus où vous verrez des espèces de bourgeons, ou dans la muqueuse du col, où il y a une endo-ulcération. Ne faites pas d'hystérométrie dans les cas de métrite intense.

L'hystéromètre est dangereux comme le spéculum, l'on voit souvent les symptômes, la température, les douleurs à distances, etc., s'exagérer après une hystérométrie, ou un examen au spéculum.

Diagnostic. — Il est à faire quelques fois entre un épithélioma et une endométrite.

Pour ce diagnostic, vous prenez une curette tranchante l'introduisez dans le col et enlevez un morceau de la muqueuse que vous examinez ou faites examiner par des histologistes compétents. (Il n'en manque pas à Montréal) C'est le microscope, ou si vous le préférez l'histologiste qui dit le dernier mot dans ces cas.

Variétés. — *Aiguës.* Il y a des métrites qui s'établissent à l'état chronique d'emblée, mais ce n'est pas ainsi dans la majorité des cas, que la métrite s'établit. Elle est d'abord aiguë, et passe à l'état chronique ensuite quand elle n'est pas bien traitée au commencement.

Il y a une métrite qui dès le début est aiguë, c'est celle qui suit l'accouchement, c'est la métrite puerpérale.

Il y a encore la métrite aiguë qui suit la blennorrhagie.

La métrite puerpérale commence ordinairement 2 ou 3 jours après l'accouchement. Chez une femme qui a eu une petite grossesse, le fœtus est mort avant terme, soit par manœuvre, soit que la femme se soit avortée par accident.

L'infection a originé par une petite plaie, par l'éraillure d'un instrument avorteur malpropre, par la piqure de la fameuse broche à tricoter. On sait que le col de l'utérus est souvent complètement insensible et la femme qui veut se débarrasser comme l'on dit ordinairement, s'enfoncé souvent cette broche dans le col, croyant la pousser dans les membranes du fœtus.

Deux jours après cette manœuvre, la malheureuse est prise d'un grand frisson, le 3ième jour le ventre est douloureux, les vomissements arrivent.

Ça n'est encore qu'une métrite aiguë, mais il faudra agir promptement parce que la péritonite n'est pas loin.

Dans ce cas une dilatation de l'utérus, un curetage pour ramener les débris de l'embryon qui aurait pu être retenus dans l'utérus, et des injections antiseptiques en viennent rapidement à bout. Au bout de huit jours tout s'amende. Ça été une ouverture à grand orchestre que le traitement à rendu veuve de sa finale, de son dénouement tragique.

La métrite blennorrhagique, c'est celle qui suit une blennorrhagie. Elle est ordinairement localisée au col de l'utérus. Elle ne dépasse pas l'orifice interne.

Chroniques. Les femmes vous disent, je perds constamment en blanc entre mes règles qui sont augmentées en durée et en quantité. On a la une première variété, la *métrite hémorrhagique*.

La femme perd en blanc "d'une manière honteuse" selon l'expression de M. Tuffier, sans avoir de symptômes généraux bien prononcés. Il n'y a pas de métrorrhagie. Le liquide est d'une viscosité qui le fait adhérer au col, quand vous examinez au spéculum vous voyez que ça reste comme collé dans l'intérieur du col. Nous avons là ce qu'on appelle la *métrite catarrhale du col*.

Dans la métrite du corps l'écoulement est muco-purulent et s'accompagne des symptômes généraux.

Marche. — aiguë. La métrite évolue dans l'espace de 8, 10 jours, à un mois.

Chronique. Elle présente une durée très variable, selon l'état de la malade, ses conditions hygiéniques.

On voit des métrites s'arrêter net après quelques poussées d'hémorrhagie.

Dans d'autres cas une cause quelconque, la constipation, le froid au pied, etc., en font une affection récidivante, intermittente.

Durée. — Les métrites chroniques ne finissent presque jamais. Ça gagne le plus souvent les trompes, et se termine par des salpingites.

Éléments de diagnostic. — 1° Vous pouvez confondre la métrite avec une vaginite de grossesse ; 2° avec le cancer.

Vaginite de grossesse. Si vous entrez votre spéculum vous faites mal à la malade alors que le vagin est très grand et que le spéculum passe facilement. Puis vous voyez une muqueuse rouge vif, recouverte de pus, quelquefois. Au début d'une grossesse il y a toujours un écoulement douloureux. Les femmes, bien souvent, viennent nous voir pour cela.

Cancer de l'utérus. Tous les symptômes de la métrite s'y trouvent, mais il y a en outre un écoulement sanieux. Puis on sent au toucher une série de bourgeons. Mais de tous les symptômes le meilleur c'est la friabilité du col, la facilité de provoquer l'écoulement sanguin par le frottement, ou même à en détacher des morceaux au doigt ou à la curette.

Si l'on trouve des indurations dans les culs-de-sacs, c'est en dehors de l'utérus. Ce n'est pas une métrite, c'est un fibrome, une salpingite.

Traitement. — Préventif : Lutter contre les infections post-partum, par la plus parfaite asepsie de la vulve et du vagin.

Curatif : 1° asepsie du vagin par des injections vaginales de bichlorure à 1/1000, d'acide phénique de permanganate de potasse à 1/1000. 2° Mais aussi il faut traiter la muqueuse utérine.

Il faut agir sur la muqueuse. Il suffit dans certains cas de mettre la malade au repos complet, dans le décubitus, de donner un bain chaud de 3/4 d'heure chaque jour. Les injections chaudes, aussi chaude que la malade peut les endurer.

Avec ce traitement la muqueuse utérine se décongestionne, le traitement est suffisant pour guérir certaines formes légères, mais le plus souvent il faut traiter la muqueuse utérine : l'antiseptiser.

Dans ce but on fait une bonne dilation, soit avec les bougies de Hégar, (dilatation rapide), soit avec les tiges de laminaires (dilatation plus lente), suivie d'un bon lavage, vous mettez dedans, si vous voulez, une lanière de gaze iodoformée, qui tiendra le col entrouvert, pour les injections subséquentes.

Si on a affaire à une métrite du col, avec col gros, ulcéré, bourgeonnant, le traitement de choix est celui de Schroeder, qui consiste à exciser la muqueuse cervicale et à l'affrontement exact des muqueuses conservées.

Les cas où le curetage est le plus indiqué, ce sont les

métrites hémorragiques, surtout les métrites fongueuses.

Dans les formes leucorrhéiques, mieux vaut la dilatation et le drainage antiseptique. Vous vous trouverez bien même des simples injections vaginales.

Après l'amputation du col, il faut un traitement antiseptique et continué longtemps après.

143, rue Saint-Denis.

Revue des journaux

CHIRURGIE

Traitement de l'occlusion intestinale.

par M. le Dr GABRIEL MAURANGE.

(Suite.)

De cette discussion on est, semble-t-il autorisé à conclure :

1° La laparotomie doit être préférée chez les sujets jeunes résistants, opérés à une époque peu éloignée du début des accidents :

2° L'entérostomie sera réservée aux malades affaiblis par l'âge, par un traitement médical, prolongé ou par une opération abdominale antérieure (hystérectomie vaginale, Segond), arrivés aux phases ultimes de l'intoxication stercorale, ou chez lesquels un état cachectique fait soupçonner une lésion cancéreuse.

Toutes ces difficultés sont naturellement levées par un diagnostic étiologique précis. Il n'y a guère d'hésitation à avoir sur le choix d'intervention dans les cas d'imperforation anale, d'étranglement herniaire, d'invagination, d'occlusion au cours d'une péritonite tuberculeuse ou venant compliquer une tumeur abdominale dont l'existence aura été préalablement constatée.

L'iliéus paralytique mérite cependant une mention particulière. Deux séances d'électricité seront d'abord faites à 12 heures d'intervalle et, en cas d'échec, on décidera la laparotomie. La simple ouverture du ventre suffit quelquefois. Mais il ne faut pas compter sur son action fréquemment et inexplicablement curative : on fera une toute petite entérostomie, qui permettra l'évacuation du contenu intestinal, fera tomber la distension des anses et par suite disparaître les phénomènes paralytiques (Lejars).

B. — Occlusion chronique.

Le diagnostic est ici ordinairement posé. Les indications thérapeutiques peuvent donc être établies sur des

bases précises. Elles visent la prophylaxie et le traitement palliatif ou curatif.

L'occlusion chronique peut être engendrée par la constipation. Combattre ce symptôme par des moyens rationnels est le plus sûr moyen de prévenir l'interruption du cours des matières. On mettra donc en œuvre les divers traitements, hygiénique, diététique et médicamenteux, qui ont été proposés contre la constipation. On surveillera particulièrement, à ce point de vue, les femmes et les vieillards.

L'occlusion par coprostase sera traitée par des purgatifs. L'huile de ricin à la dose de 25 à 30 grammes, ou mieux administrée par petites cuillerées à café, d'heure en heure, donne les meilleurs résultats. Il est favorable de prescrire préalablement, pendant quelques heures, de l'opium, sans dépasser 5 à 10 centigrammes. Cette dose suffit à vaincre le spasme et prépare l'action évacuante de l'huile de ricin. Deux heures après le purgatif, on peut en aider l'effet par de grands lavements tièdes, huileux ou glycérisés.

Les purgatifs salins et les drastiques sont généralement contre-indiqués.

Les *grands lavages du gros intestin*, de 1 litre 1/2 à 2 litres, à l'eau bouillie additionnée de sel marin au titre physiologique ou chargée du principe émollient de la graine de lin, sont recommandables à la condition d'être faits à une faible pression (entre 40 et 80 centimètres d'eau).

Mais c'est surtout dans l'occlusion chronique que les *courants continus*, appliqués suivant la technique que nous avons résumée donnent les plus remarquables résultats. Il convient donc d'y avoir recours dans la plupart des cas de coprostase, non seulement pour mettre fin aux accidents, mais encore pour en empêcher le retour. Les séances d'électrisation devront donc être poursuivies pendant quelques jours après la débacle et aidées des grands lavages dont nous avons parlé.

L'intoxication stercorale sera ainsi efficacement combattue et la contractilité de l'intestin réveillée dans la mesure nécessaire au rétablissement de la fonction.

Le *massage* de l'abdomen, l'expression colique manuelle réussissent fréquemment. Les boissons abondantes (infusions théiformes chaudes, eau bouillie froide) contribuent, lorsqu'elles sont tolérées par l'estomac, à l'évacuation des scyphales. Dans d'autres circonstances l'expulsion en est obtenue par l'application de compresses froides ou de glace sur l'abdomen.

Mais la coprostase existe réellement en tant qu'affection idiopatique. Le plus souvent, il faut en rechercher la cause, non dans la constipation habituelle, mais dans l'existence d'une altération organique des parois intestinales. Le diagnostic doit en être fait, car il est important au point de vue thérapeutique, de reconnaître de bonne heure l'existence d'un rétrécissement syphilitique, ou cancéreux. Dans le premier cas, c'est au traitement spécifique qu'il conviendra tout d'abord de s'adresser, puis

en cas d'échec, à l'anus contre nature, toute intervention curative étant interdite par le caractère ordinairement diffus de la lésion. Dans le second, c'est suivant les cas, à la colotomie ou à l'entérectomie qu'il faut recourir. Ici encore tout dépend des limites de la tumeur et de l'état général du malade qui, s'il est cachectique bénéficiera davantage de l'anus iliaque que d'une opération radicale.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTETRIQUE

Les hémoptysies au cours de la grossesse et de l'allaitement.

Dr J. CHARVET

Les hémoptysies au cours de la grossesse et de l'allaitement qui, au yeux des anciens auteurs, étaient assez volontiers classées dans la catégorie des hémoptysies essentielles, sont, aujourd'hui, mieux connues au point de vue étiologique.

Toutes les observations rapportées, en effet, par les cliniciens de la première moitié du siècle ne précisaient rien de l'origine de ces hémoptysies, et Trousseau écrivait encore : " On voit des femmes qui, pendant le cours de leur grossesse, des nourrices, qui, pendant leur allaitement, ont des crachements de sang, sans que ces hémorrhagies, qui cèdent spontanément après la délivrance ou après la lactation, puissent être considérées comme symptomatiques de la présence de tubercules dans le poumon ou d'affection organique du cœur."

Trousseau distinguait donc déjà les hémoptysies de la grossesse d'origine bacillaire, de nature cardiaque, et les hémoptysies essentielles.

Churchill, puis Nutt (*Des hémoptysies gravidiques Thèse de Paris, 1887*), signalait encore, après lui, des hémoptysies *sine natura*. Mais déjà Peter (in *Cliniques*) attirait l'attention sur les crachements de sang chez les cardiaques enceintes et en précisait la nature et l'évolution.

Peu à peu, d'ailleurs, jusqu'à nos jours, l'examen plus attentif des malades, la recherche plus minutieuse de leurs antécédents, et enfin, les renseignements fournis par l'évolution de l'affection, montrèrent qu'il fallait réduire de plus en plus la catégorie des hémoptysies essentielles.

Ces prétendues hémoptysies de la grossesse appartiennent, en effet, pour la plupart, à la bacillose, et plus rarement peuvent se rattacher à d'autres tares de l'organisme (névropathie, hémophilie).

Widal (in *Dict. Dechambre*) incrimine surtout une tuberculose latente et ignorée. " Les hémoptysies imputables à la grossesse seule, dit-il, sans intervention d'une lésion cardiaque antérieure, sont tout à fait exception-

nelles. Elles ne doivent être acceptées qu'avec réserve, car elles peuvent tenir et ne tiennent le plus souvent, qu'à une tuberculose silencieuse dont l'évolution ne se fera qu'après la délivrance." M. Vinay (in *Traité des maladies de la grossesse*) professe une opinion analogue en des termes presque identiques.

M. Huchard admet qu'à côté des hémoptysies tuberculeuses de la grossesse, il convient de faire une place à part à celles créées à l'intervention de la diathèse arthritique. Il écrit à ce propos : " On a voulu faire jouer à une cause mécanique, trop ingénieuse pour être absolument exacte, à une sorte de pléthore viscérale, un rôle important pour la production des hémoptysies gravidiques ; or, il nous semble, comme nous croyons l'avoir démontré, à propos des coliques hépatiques de la grossesse et de l'accouchement, que l'état gravidique agit plutôt comme cause d'appel de la diathèse arthritique" (*Union Médicale, 1883*).

Ici, nous n'avons à envisager que les hémoptysies indépendantes de la bacillose, il semble que l'on puisse répartir ainsi les hémorrhagies dites de la grossesse :

- a) Hémoptysies chez les femmes enceintes présentant des lésions cardiaques :
- b) Hémoptysies chez les femmes enceintes pouvant être rattachées à une tare de l'organisme (hystérie, hémophilie, arthritisme) ;
- c) Hémoptysies sans origine déterminée ou essentielles.

En ce qui concerne les premières, Peter a eu le mérite de mettre en relief l'allure clinique de ces accidents gravido-cardiaques avec toutes leurs conséquences. Les conclusions auxquelles il est arrivé peuvent se résumer en quatre points principaux.

1° Ce sont, avant tout, les lésions mitrales (insuffisance et rétrécissement) qui donnent naissance à des hémoptysies ;

2° Elles apparaissent, en général, au 5e mois de la grossesse et comportent un pronostic des plus graves pour la mère et l'enfant qui, fréquemment, est expulsé avant terme ;

3° Elles doivent interdire d'une façon formelle pour l'avenir de nouvelles grossesses et de nouveaux allaitements.

Les observations se sont multipliées depuis que Peter a publié les premiers faits de ce genre. Cette forme d'hémoptysie est devenue classique, et elle est mentionnée dans tous les travaux récents (Villegrand : *Des accidents cardiaques dans la grossesse et les suites de couches*, Thèse de Paris, 1893. — Deslandes. *Des accidents gravido-cardiaques* : 1896, etc.)

Au point de vue clinique, elles se présentent sous la forme de crachats sanglants, abondants, répétés, composés de sang pur, de coloration plus ou moins noire, apparaissant au milieu du tableau d'une asphyxie rapidement croissante, avec cyanose, orthopnée, accélération et irrégularité du cœur, le tout évoluant en quelques

heures et constituant un ensemble clinique qui frappe l'esprit et rend le diagnostic particulièrement facile.

Il n'est pas douteux qu'il s'agit là de phénomènes conjectifs d'une extrême gravité, liés à la stase sanguine se produisant au niveau des poumons et consécutifs aux troubles apportés dans la petite circulation par la lésion mitrale. Sur ce terrain prédisposé, le moindre phénomène intercurrent : accidents inflammatoires à *frigore*, poussées congestives d'origine réflexe, analogues à celles que M. Potain a signalées au cours des affections utéro-ovariennes (*Congrès de Rouen*, 1883), suffiront pour déchaîner des accidents immédiatement graves au point de vue clinique ; l'affection revêt aussitôt l'allure du catarrhe suffocant et, à la simple expectoration muqueuse ou gommeuse de la bronchite légère ou de la congestion superficielle, fait place l'hémoptysie abondante et prolongée.

Pourquoi cette prédominance au 5e mois, que Peter avait déjà mise en relief et qui se retrouve mentionnée dans presque toutes les observations ? C'est qu'à ce moment le volume du fœtus est devenu considérable, et que le travail du cœur maternel est notablement augmenté, portant, par là même, au maximum, les troubles de la petite circulation dus à la lésion mitrale.

C'est à ce moment surtout que toute cause occasionnelle des accidents doit être soigneusement évitée, et c'est pourquoi Peter insistait sur l'importance de la température, au point de vue de la bonne évolution de la grossesse chez les mitrales.

Le pronostic, ici, n'est pas grave du fait de l'abondance de l'hémoptysie, mais en raison des troubles circulatoires profonds qu'elle révèle et de l'asphyxie immédiatement inquiétante qui en est la conséquence.

À côté de cette forme spéciale, il faut mentionner la possibilité d'hémoptysies survenant chez ces femmes enceintes et cardiaques à la suite de l'arrivée d'une embolie au niveau du poumon; cette forme d'hémoptysie ne se distinguant en rien des autres accidents cardiaques nous ne ferons que la mentionner ici.

Quant aux autres causes qui interviennent pour déterminer la production d'hémoptysies chez les femmes enceintes, il faut placer au premier rang la névropathie puis l'hémophilie et les diverses intoxications.

L'hystérie, nous le verrons à propos des règles supplémentaires, est souvent le substratum étiologique de ces accidents hémorragiques. Si nous analysons, en effet, bon nombre d'observations publiées, on voit qu'on retrouve le plus souvent cette affection dans les antécédents de la malade.

Il en est ainsi dans la plupart des cas rapportés par Trousseau et l'association des diverses tares chez les malades atteintes d'hémorragies de la grossesse et de l'allaitement n'avait pas échappé à ce clinicien.

« Un fait intéressant, dit-il, c'est que de telles malades sont ordinairement nerveuses, ou sujettes aux ménorrhagies ; leurs règles sont toujours très abondantes ;

elles semblent subir l'influence d'une véritable diathèse hémorragique, et lorsque la crise n'a pas lieu, comme elle le devrait, du côté de la membrane muqueuse interne c'est vers les bronches qu'elle opère. »

À l'appui de cette manière de voir, il rapporte, en effet, le cas d'une malade rhumatisante sujette à des accidents nerveux graves, et ayant présenté de violentes hémoptysies au cours de quatre allaitements successifs; celui d'une femme, névropathe, somnambule dans l'enfance ayant eu dans la jeunesse des métrorrhagies abondantes et, au moment de ses grossesses, des hémoptysies répétées ayant fait penser à une tuberculose qui n'est jamais apparue.

Après Trousseau, d'autres auteurs ont cité des faits analogues. More a rapporté à la *Société médicale d'émulation* (février 1878) un cas d'hémoptysie coïncidant avec des attaques d'hystéro-épilepsie au cours de la grossesse et les hémorragies relatées par Hurtaud, dans sa thèse, survenant à la date habituelle des règles, au cours d'une grossesse chez des malades névropathes, doivent être rangées dans la même catégorie.

Brieger enfin (*Charité Annalen*, 1888), insiste encore sur les relations de la diathèse hémorragique avec la grossesse ; montrant l'association possible de l'hémophilie, et des phénomènes gravidiques avec hémorragies multiples et hémoptysies notamment.

Étant donné cette étiologie variable et multiple, on voit que les hémoptysies essentielles de la grossesse, ou par pléthore, des anciens auteurs, deviennent d'une extrême rareté.

(*J. de méd. de Paris.*)

PEDIATRIE

L'arthritisme chez les enfants.

« L'arthritisme, ce troubles permanent de la nutrition qu'a si bien étudié M. Ch. Bouchard, est une diathèse le plus souvent héréditaire. Fréquente chez les peuples civilisés, dans les classes riches, intellectuelles, urbaines, la diathèse se transmet de génération en génération avec une déplorable facilité. Mais elle ne s'accuse pas tout de suite, dès la naissance, en traits frappants et reconnaissables ; il faut à l'observateur des qualités d'expérience, de finesse, de flair pour en dépister les manifestations embryonnaires et prodromales.

« Quand on se trouve en présence d'un gros désordre, depuis longtemps étudié et classé, le diabète, l'asthme la goutte, la migraine, l'obésité, la gravelle, le diagnostic est facile car ces maladies sont les mêmes à tous les âges elles ne diffèrent pas essentiellement chez l'enfant et chez l'adulte.

« Doit-on attendre, pour reconnaître l'arthritisme et pour le traiter, ces grandes manifestations ? Non évidemment. Et dès lors, s'imposent la recherche et le classe-

ment des autres manifestations moins graves, moins expressives, relevant néanmoins de la même diathèse et comportant le même pronostic."

C'est le but que s'est proposé au dernier Congrès de Pédiatrie de Nantes, M. le Dr Comby, dans un très détaillé rapport.

Après avoir passé en revue les manifestations de l'arthritisme sur chaque appareil, l'auteur conclut : " Il semble évident que les paroxysmes de la diathèse arthritique dérivent d'une véritable auto-intoxication, dont la formule est à trouver. D'ailleurs, les bons effets de l'hygiène thérapeutique plaident en faveur de cette doctrine.

Prophylaxie et traitement. — Revenir autant que possible à la vie champêtre, faire de l'enfant un rural, lui inspirer le goût des exercices physiques, de la vie au grand air, lui éviter la sédentarité, la suralimentation, le surmenage cérébral, c'est le mettre dans les meilleures conditions pour remonter le courant fâcheux ou l'entraîner ses prédispositions héréditaires.

Tous les enfants ne peuvent pas vivre à la campagne; on usera du moins intelligemment de la période des vacances, pour rétablir l'équilibre nutritif troublé par la vie urbaine et la scolarité.

L'alimentation joue un rôle capital; allaitement naturel prolongé, sevrage graduel, pas de viande avant trois ans, pas de boissons alcooliques, grande sobriété. Écarter les viandes froides, les mets faisandés, épicés, pratiquer le végétarisme, boire de l'eau. Agir sur la peau par l'hydrothérapie, les frictions, les massages.

Contre la maladie déclarée, on luttera aussi par les alcalins, les détersifs intestinaux, les lithontriptiques. On conseillera les cures thermales alcalines, les eaux chlorurées, sodiques, chaudes et froides, suivant les cas, les arsenicales et sulfureuses, etc. Les paroxysmes aigus seront traités par le repos au lit et la diète.

Bref, c'est par une bonne hygiène thérapeutique visant le fonctionnement régulier du tube digestif, de la peau, des muscles, du poumon, du cerveau, qu'on luttera avec le plus grand avantage contre l'arthritisme chez les enfants.

(Concours méd.)

MALADIES VENERIENNES

Traitement de la blennorrhagie par les irrigations chaudes d'eau salée.

Un chirurgien américain, M. Woodruff quelque peu sceptique à l'égard des méthodes microbicides s'est demandé si les bons effets des injections n'étaient pas dus simplement à l'action mécanique du courant de liquide, qui débarrasse la muqueuse de l'urètre des gonocoques et des toxines. Une série d'essais institués comparative-

ment avec de l'eau pure et avec des solutions de sublimé et de permanganate de potasse est venu pleinement confirmer cette manière de voir; chez les patients traités au moyen d'injection d'eau simple, la guérison s'est établie aussi rapidement que chez les sujets soumis à des irrigations de sublimé, et même plutôt que dans les cas où l'on avait eu recours au permanganate de potasse. Toutefois comme l'eau simple irrite les muqueuses et que, distillée elle offre l'inconvénient de gonfler les cellules endo et épithéliales et de contribuer de la sorte à la destruction de ces éléments, notre confrère se sert, de préférence, d'une solution physiologique chaude de chlorure de sodium qui présenterait entre autres avantages celui d'exercer sur la muqueuse urétrale une action calmante.

La blennorrhagie étant au début une affection purement locale, M. Woodruff se borne à prescrire des irrigations d'eau salée aussi chaudes que le patient peut les supporter, répétées toutes les deux ou trois heures, et, au besoin, toutes les heures. Il ne voit aucune utilité à ordonner des alcalins ou autres médicaments mal tolérés par le tube digestif. Enfin, le repos au lit et le régime débilissant, qu'on considère souvent comme le complément indispensable du traitement de la chaudepisse, lui paraissent plus nuisibles qu'utiles.

Sur 98 soldats atteints de blennorrhagie, aiguë que notre confrère a traités suivant les principes ci-dessus indiqués, la plupart ont pu quitter l'hôpital au bout d'une dizaine de jours; malgré cela, on n'a eu à enregistrer que 8 rechutes, chiffre peu élevé, surtout si l'on tient compte que, une fois sortis de l'hôpital, les patients furent obligés de s'exposer immédiatement à toutes les fatigues de la vie militaire, et même monter à cheval.

Dans tous les cas, on peut essayer sans crainte la méthode préconisée par M. Woodruff.

(*Journ. de méd. de Paris. — Gaz. méd. belge.*)

Etat des reflexes chez les syphilitiques.

D'après un travail consciencieusement documenté de M. le Dr Binet-Sanglé (in *Journal de neurologie de Bruxelles et Journal de médecine et chirurgie pratiques*), l'état des réflexes chez les syphilitiques est très différent de celui des sujets sains. Chez les syphilitiques, les réflexes pharygien, abdominal, olécranien et patellaire sont fréquemment abolis, ce dernier, par exemple, 5 fois sur 13 cas.

Déjà Babinski et Charpentier ont été amenés à considérer l'abolition des réflexes pupillaires, et plus particulièrement de la réaction à la lumière, comme un symptôme de la syphilis. Babinski présentait récemment à la Société médicale des hôpitaux (17 mai 1901) trois femmes syphilitiques, qui, toutes trois, présentaient le signe d'Argyll Robertson; et Sulzea, ayant eu l'occasion d'examiner 53 jeunes femmes au début de l'évolution de la syphilis, a relevé, chez 14 d'entre elles des troubles des

réflexes pupillaires. Chez 12, il s'agissait du signe d'Argyll Robertson. Ces troubles qui appartiennent à la première année de l'infection, seraient passagers. L'auteur les a vus, à plusieurs reprises, évoluer en quatre ou six semaines.

Pour ce qui est des autres réflexes étudiés par M. Binet-Sanglé, celui-ci est amené par ses recherches à diverses conclusions pratiques.

Tout d'abord, on peut considérer la diminution et surtout l'abolition des réflexes comme un des symptômes de la syphilis. En cas de doute, ce symptôme pourra servir au diagnostic.

D'autre part, au point de vue du pronostic, la diminution et surtout l'abolition des réflexes chez un syphilitique devra faire craindre l'apparition du tabes. Ce symptôme sera, en outre, une indication de continuer le traitement spécifique. De plus, il pourra fournir des indications précieuses quant aux doses actives. Si les réflexes continuent de diminuer d'intensité, malgré le traitement, ou si, abolis, ils ne réapparaissent point, il sera bon d'augmenter la dose. Si au contraire ils augmentent ou réapparaissent, on pourra la diminuer. Ce sera là un signe thérapeutique de la même nature que le signe pupillaire de Gilles de la Tourette pour le traitement des épileptiques par les bromures, mais d'un intérêt plus immédiat.

(Le Concours méd.)

Therapeutique et Matiere Medicale

Therapeutique generale des maladies du foie.

D'après M. le Dr BOMMIER (Arras).

(Suite et fin)

Du reste, les purgatifs ne doivent pas être employés indifféremment.

Les drastiques, pour les raisons énoncées plus haut, seront rejetés ; c'est dire qu'il y a contre-indication de l'aloès, de la coloquinte, de l'huile de croton, de la gomme-gutte, du jalap, de la scammonée, etc.

Pour ne citer que les principaux, il me semble que la rhubarbe, le podophyllin, la cascara et l'évonymine sont les plus indiqués.

La rhubarbe est " doucement laxative à petite doses ", ne fatigue ni l'estomac ni l'intestin, sans diminuer l'appétit et relève plutôt qu'elle ne déprime l'économie. Le principe purgatif est, en effet, uni au tannin et à un principe amer. Elle convient donc plutôt aux affections chroniques du foie et pas du tout aux accidents aigus. Les anciens l'appelaient un " purgatif chaud " et la défendaient dans les processus inflammatoires.

Le podophyllin a l'avantage de ne pas provoquer de constipation consécutive, mais, à haute dose, il agit

comme le jalap : c'est un drastique. Les doses qu'il faut employer sont de 2 à 5 centigrammes. Il agit plus sur l'élément glandulaire que sur l'élément musculaire de l'intestin.

Le cascara et l'évonymine sont dans le même cas.

Le calomel est un antiseptique intestinal de premier ordre ; aussi mérite-t-il une place " réservée ". On a noirci des volumes pour chanter ses louanges ou discuter ses mérites. Lorsque son nom est écrit dans un chapitre traitant de l'antisepsie intestinale, il n'y a qu'à s'incliner.

Donné à doses faibles, 5 à 10 centigrammes fractionnés en cinq à six prises espacées d'une heure, il a une action laxative sûre, douce et qui se prolonge.

Il ne faudra pas oublier que l'antisepsie intestinale, aussi parfaite que possible, dépend en partie d'une digestion stomacale normale, et que des matériaux à peine ou mal élaborés par l'estomac imposeront à l'intestin un surcroît de travail, pour n'arriver que difficilement à une transformation parfaite. De là une congestion intestinale, la formation de toxines, un dégagement de gaz. Prévenons donc les troubles intestinaux, en redressant, étape par étape, les différentes perturbations digestives. Recommandons une mastication lente et parfaite, qui assurera une insalivation suffisante.

Traitons la dyspepsie. La formule suivante possède multiples indications :

Teinture d'ipéca.....	} à 5 grammes.
— de boldo.....	
— de gentiane....	
— de noix vomique }	

15 à 20 gouttes après le repas dans un peu de tisane de camomille chaude.

En cas d'embarras gastrique, recourons facilement à l'ipéca dont l'action bienfaisante est signalée sans cesse dans cette étude.

Les eaux de Vichy réussiront, surtout quand l'estomac souffrira, avec un fonctionnement intestinal satisfaisant.

Les eaux de Carlsbad, au contraire, s'adressant aux malades pléthoriques à veinosité abdominale développée et sujets à la constipation.

Les lavements, enfin, peuvent souvent rendre de grands services. L'eau bouillie salée ou boriquée froide (de 12° à 15°) réveillera le péristaltisme intestinal, doucera l'intestin et réalisera une antisepsie satisfaisante.

C'est depuis bien peu de temps, en somme, que l'usage de la sonde molle, longue de 30 centimètres environ s'est répandu chez les habitués du lavement. Beaucoup n'osent encore s'en servir. Suivant le conseil de Lasègue, pour faire pénétrer le liquide au delà de l'ampoule rectale, qui se dilate très facilement, il faut dire au fervent de la canule d'os, d'avaler son lavement, non pas héroïquement, debout, droit comme un I, ou couché sur le dos comme un roi fainéant, mais bien dans l'attitude d'un mahométan en prière, le front dans la poussière. C'est

dans cette situation, pleine d'humilité, que la déclivité est la plus grande et la pénétration la plus profonde. En un mot, le lavement demande à être vénéré. Ne sait-on pas, du reste, que cette attitude est conseillée contre la rétroversion utérine et fait appel à la pesanteur. La poudre d'ipéca peut, avec avantage, être ajoutée à l'eau du lavement, à la dose de 50 centigrammes, 1 gramme ou 1 gr. 50 et agit d'une façon très favorable sur le foie.

En résumé, pas d'antiseptiques intestinaux autres que les laxatifs et de préférence le calomel, la rhubarbe, etc., que l'on pourra remplacer de temps à autre par le lavement d'eau bouillie à l'ipéca.

3^e. Assurer l'asepsie biliaire en assurant l'écoulement normal de la bile, en prévenant son infection. Cette proposition thérapeutique touche de très près la précédente.

Les laxatifs cités sont tous cholagogues à des degrés divers et la formule suivante est une des meilleures.

Podophylline 5 à 10 centigr.
 Evonymine..... 5 —
 Extrait de jusquiame..... 25 milligr.

Gaillard fait remarquer que l'action de l'évonymine s'épuise assez vite, mais en revanche celle de la podophylline se maintient. La jusquiame est ajoutée pour combattre le spasme supposé des canaux biliaires.

Quant au calomel, sur ce point, *grammatici certant* ! Est-il réellement bilio-excréteur ? N'est-il, au contraire cholagogue qu'indirectement, en supprimant le catarrhe des voies biliaires ? Expulse-t-il les bouchons muqueux ? Stimule-t-il la péristase du duodénum et de l'iléon et consécutivement celle de la vésicule ? Agit-il intact ou parce qu'il se décompose en sulfure noir de mercure ? Que m'importe, puisqu'il agit admirablement sur les processus chroniques du foie et qu'il y joint une action diurétique !

Le boldo est un cholagogue faible, mais c'est un stimulant hépatique incontestable, et l'on a vu le foie devenir douloureux sous son influence.

Le bicarbonate de soude améliore non seulement les fonctions digestives, mais excite encore les fonctions hépatiques. Il augmente la vascularisation, le glycogène, et expulse, grâce à la bile, les déchets qui encombraient l'organe.

Le salicylate de soude a été placé au premier rang des cholagogues. Il accroît incontestablement la quantité de bile excrétée en 24 heures. Il ne mérite pourtant pas le premier rang et reste un médicament d'exception pour les raisons suivantes :

- a) Il trouble les fonctions stomacales ;
- b) Il est rarement bien supporté dans les troubles hépatiques si fréquemment accompagnés de torpeur gastrique ;
- c) Il touche le rein ;
- d) Il provoque parfois, même à doses faibles, des

troubles cérébraux chez les hépatiques avancés : vertiges, bourdonnements, amblyopie (obs. pers.), céphalée ; e) Il congestionne le foie, d'après Lépine, et ne doit être donné qu'avec prudence dans les cas torpides.

De sorte qu'en résumé, entre le calomel et le salicylate de soude, mon cœur ne saurait balancer au souffle d'une vogue nouvelle et éphémère. Ceci est si vrai que l'on tend à lui substituer le benzoate de soude, qui ne présente pas une somme d'inconvénients respectable et suffisante pour vous faire douter de ses avantages. Le benzoate de soude obtenu par synthèse est mal toléré, il faut exiger le benzoate de soude du benjoin. Les timides, ceux qui veulent contenter tout le monde sauf leurs pères en thérapeutique, prescrivent :

Benzoate de soude du benjoin. 10 grammes.
 Salicylate de soude..... 20 —

en 30 cachets, 3 par jour aux 3 repas.

La bile, enfin, est le meilleur des cholagogues *similia similibus curantur* ! La préparation doit en être récente; on administre en général de 40 centigrammes à 1 gramme par jour, quoique l'on ait pu atteindre 10 grammes sans inconvénient :

Extrait de fiel de bœuf..... }
 Savon médicinal..... } à 3 grammes.
 Rhubarbe en poudre... }
 Extrait de pissenlit..... Q. S.

pour 100 pilules, 5 à 19 par jour.

L'huile d'olive est elle-même très active et remarquablement fidifiante. Elle doit être prise le matin ; avoir soin de se rincer la bouche avec une petite gorgée de rhum ou de kirsch. Si l'absorption en est difficile, on doit se servir de la sonde. Elle est utile en lavements additionné d'une cuillerée à bouche d'huile de ricin.

Les lavements froids d'eau à 12° ou 15° trouvent ici leur complément d'indication. Ils réveillent le péristaltisme intestinal ce qui justifie leur place dans l'asepsie intestinale ; mais ils excitent la sécrétion de la bile, provoquent une véritable chasse biliaire, une diurèse abondante ; ils vident le système porte et augmentent la tension artérielle.

Les moyens mécaniques comprennent :

Le massage, vanté dans l'ictère chronique ou catarrhal ; il consiste en compression rythmique de la région hépatique au moment de l'inspiration. Le malade peut pratiquer cette manœuvre lui-même, trois fois par jour durant 10 minutes.

L'électricité faradique avec Gerhardt-Secrétan ; une électrode sur la vésicule, l'autre sur la colonne vertébrale ou dans le rectum, à 8 centimètres de profondeur. Labadie-Lagrave préfère le courant continu.

Donc, le calomel, la bile, l'huile d'olive, les lavements froids, aidés du massage, alterneront avec les laxatifs et l'usage de benzoate de soude si, malgré la thérapeutique, la bile s'écoule incomplètement.

4° Décongestionner le foie. — Le foie s'engorge très rapidement ; le sang, avant de lui arriver, traverse un réseau capillaire qui diminue sa tension veineuse ; sa vitesse est amoindrie par la direction verticale de la veine porte et par l'absence des valvules. Elle justifie ainsi, mécaniquement comme cliniquement, la fameuse phrase : *vena porta, porta malarum*.

Les veines sus-hépatiques sont béantes, adhérentes au parenchyme, et un excellent moyen de décongestionner le foie est de favoriser l'aspiration du sang par les larges inspirations, ce qui condamne absolument toute constriction thoracique (corset ou autre).

Le péristaltisme intestinal favorisera, comme toute contraction musculaire, la circulation veineuse portale (grands lavements froids). Pour les mêmes raisons, l'ipéca décongestionnera le foie par expression (contraction diaphragmatiques).

Les moyens plus éloignés consisteront en ventouses scarifiées *loco dolenti*, en sangsues à l'anus. Le médecin devra surveiller lui-même les émissions sanguines ; chez les hépatiques, on a parfois de la peine à arrêter les hémorrhagies consécutives ;

Dans les congestions passives, d'origine cardiaque ou d'origine péricardique, il faut employer les toniques cardiaques : digitale, caféine, strophanthus, spartéine ou les pilules de Huchard :

Extrait aqueux d'ergot de seigle.	4 grammes.
Poudre de scille.....	3 —
Calomel.....	2 —
Poudre de digitale.....	1 —

Pour 40 pilules, 3 par jour pendant 30 jours.

5° Maintenir le pouvoir antitoxique du foie. — Sur ce point peu de chose à dire : il faut s'abstenir d'introduire, dans la médication, les médicaments capables de stupéfier le foie, comme l'opium, ou susceptibles de s'accumuler comme les alcaloïdes. Il ne faut pas que le foie ait à lutter contre le médecin ; tout ce qui aura pour résultat de paralyser ou de détourner une activité glandulaire dont l'organisme a le plus grand besoin, doit être soigneusement écarté, et c'est en thérapeutique surtout qu'il est nécessaire d'ériger en principe directeur la phrase banale : " Dans le doute, abstiens-toi." La foi qui n'agit pas est bien souvent une foi sincère.

(*J. méd. Bruxelles — Gaz. hebdomadaire de méd. chir.*)

L'acide oléique dans les coliques hépatiques.

S. ARTAUT, de Vevey.

L'huile d'olives est considérée comme le spécifique de la colique hépatique et même de la lithiase biliaire. On l'administre comme sédatif pendant l'accès et aussi comme préventif pour éviter le retour de ces accès de colique hépatique.

Le principe qui domine dans l'huile d'olives est l'acide oléique ; l'auteur s'est demandé si ce n'était pas à ce principe qu'était dû l'action efficace de l'huile d'olives dans les coliques hépatiques. L'expérience et de nombreuses observations ont prouvé la justesse de cette déduction. A la suite d'un long travail publié dans la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, il formule les préceptes suivants :

1° L'acide oléique pur est le remède spécifique de la lithiase biliaire ; c'est par lui qu'agit l'huile d'olives.

2° Il calme rapidement les douleurs de l'accès de colique hépatique ; mais il y a grand avantage à le donner comme moyen préventif, car il empêche la formation de nouveaux calculs et préserve ainsi des accès ultérieurs ; il est donc à la fois curatif et préventif.

3° Il suffit de le prendre à la dose 0.50 ou 1 gramme, en capsules le matin à jeun pendant dix jours par mois, si les accès sont mensuels ou pendant quinze jours aux approches de l'époque ordinaire des accès, pour en être sûrement préservé. En général, au bout de quelque temps on peut cesser le traitement.

Il va sans dire que le malade devra, en outre, se soumettre au régime alimentaire et hygiénique classique prescrit en pareil cas.

(*Gaz. de gynécologie.*)

Traitement de la constipation chronique par l'hydrothérapie.

par M. le Dr HAECKEL.

L'auteur en trois ans a traité 140 malades atteints d'une coprostase, 137 ont été améliorés ou guéris. La constipation atonique provenant d'une trop parfaite utilisation de la masse alimentaire et donnant une trop faible quantité de résidus, la constipation hypertonique-spasmodique, par suite des mouvements péristaltiques défectueux, sont les deux formes principales.

Dans la première : météorisme uniforme, disproportion entre les aliments et les fèces qui se présentent sous forme de masses dures arrondies, enveloppées de mucus ; garde-robes, suivies d'une sensation de soulagement, diarrhée secondaire fréquente, troubles dyspeptiques, hypochlorhydrie, pesanteur de la tête, somnolence, dépression morale, fièvre, spasme. Dans la deuxième : selles molles, avec des épreintes vigoureuses, aplaties, rubanées, cannelées, visqueuses ; malaise après les garde-robes, inefficacité des lavements. Quelquefois lipothymie l'entérite pseudo-membraneuse, ventre déprimé, météorisme circonscrit, spasmes de l'anus ; il y a dyspnée si le colon transverse est météorisé. Il en résulte que dans la forme atonique, il faut donner des aliments riches en cellulose, et végétaux, si le péristaltisme est torpide. Massage du ventre, douche en jet sur la région abdominale, variant la température de l'eau ; jet brisé sur la poitrine et le dos. Dans la forme hypertonique, il faut

relever la nutrition (graisses), applications de compresses d'eau chaude, *loco dolenti*, la nuit et même le jour friction sèche de la peau, douche sans pression de 2 1/2 kilogr., 35 à 45 degrés centigrades, de deux minutes sur la région épigastrique, ensuite le reste du corps, frictions légères, du ventre et vigoureuses des membres après la douche. Rôles d'un quart d'heure. Ce traitement amène une amélioration remarquable.

(Revue intern. de thérapie physique. — Gaz. méd. belge.)

MEDECINE

Considerations sur le poids des tuberculeux curables.

par M. COSSET (Th. de Paris.)

M. Cosset rappelle que les courbes de poids des tuberculeux curables ne sont l'image fidèle de l'évolution de la maladie vers la guérison que si les pesées sont faites rigoureusement et les malades soumis à un régime alimentaire proportionné aux besoins de leurs organismes débilisés.

Tout incident est prétexte chez le tuberculeux à une chute de poids temporaire; fièvre, menstruation, troubles digestifs, séjour à la ville même de quelques jours, processus pathologiques communs, manifestations bacillaires, etc.

Les courbes de poids sont favorablement influencées par les excitations nerveuses récréatives, par les exercices physiques chez les malades déjà robustes, par l'usage du lait dont l'action est transitoire.

Le convalescent non fébricitant d'un début de tuberculose augmente régulièrement durant le traitement jusqu'à ce qu'il ait atteint son ancien poids, qu'il dépasse souvent.

La moyenne de cette augmentation est de 1 kilog. 855 par semaine les 15 premiers jours, de 0 kilog. 518 la dernière quinzaine du premier mois (période d'acclimatation), et de 0 kilog. 360 le reste du temps.

Les tuberculeux hommes bénéficient le plus vite et le plus largement de la cure hygiéno-diététique.

L'augmentation de poids a une limite sur les tracés, cette limite s'accuse, au bout d'un temps variable suivant les sujets, par un plateau ou une légère chute de poids.

Le poids obtenu au sanatorium peut non seulement rester un fait acquis, mais encore augmenter à la campagne, si le malade continue à s'observer.

Le plus souvent l'état général s'améliore d'abord en tant que poids et symptômes fonctionnels et ce n'est qu'un long temps après que les lésions locales régressent: la guérison proprement dite du tuberculeux n'est pas une question de mois, mais d'années.

L'observation du poids paraît contradictoire chez les phthisiques *græ*, qui peuvent engraisser tout en s'aggravent localement, et chez les tuberculeuses chlorotiques qui peuvent s'améliorer au point de vue pulmonaire tout en perdant de leur poids.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Compte-rendu analytique de la séance du 12 Nov. 1901

Présidence du docteur L. A. DEMERS.

Présentation de pièces pathologiques.

M. Gravel présente l'autopsie d'un sujet mort à 60 ans dans l'état cachectique du cancer de l'estomac.

Il y a cancer du pylore; l'orifice pylorique est presque complètement fermé.

Les ganglions abdominaux sont engorgés, mais le pancréas est sain.

Quoiqu'il y ait rétrécissement marqué de l'orifice pylorique, l'estomac n'est pas dilaté.

Les reins sont poli-kystiques, et un de ces kystes est gros comme un œuf de poule.

Cancer intestino-péritoneal.

M. Saint-Jacques présente un travail sur le cancer intestino-péritonéal et publie l'observation détaillée de deux tels cas, — insistant sur la ressemblance étroite, parfois, d'évolution symptomatique entre la péritonite tuberculeuse chronique et le cancer intestinal.

Au point de vue symptomatologique, M. St-Jacques trace le tableau clinique de ces deux affections. Douleurs vagues dans le ventre, ballonnement plus ou moins marqué, puis alternatives de constipation et diarrhée. Rien de plus durant longtemps. Peu à peu les douleurs augmentent, le ballonnement de même, les troubles digestifs sont plus constants; rarement du sang dans les selles — seulement si processus néoplasique a ulcéré la muqueuse intestinale.

C'est la chose plutôt rare, puisqu'il se développe généralement vers la couche séreuse. Dès que celle-ci est envahie, alors la généralisation abdominale est rapide et dès lors les symptômes plus marqués.

On trouve de l'ascite, qui peut être enkysté et simule alors un épanchement tuberculeux limité en loge par des adhérences de péritonite plastique.

A l'examen on sentira parfois et même généralement un néoplasme dur et fixe dont la palpation cause un peu de douleurs — ou une masse quasi matte à la percussion et résultant de l'infiltration néoplasique du mésentère, rétractant quelques anses intestinales en paquet serré.

Le tableau clinique du cancer intestinal est ici fort ressemblant à celui de la tuberculose péritonéale chroni-

que et le diagnostic différentiel est difficile parfois si la cachexie n'est pas présente pour éclairer la symptomatologie.

Même à l'ouverture du ventre le diagnostic différentiel, à l'aspect des lésions pathologiques est difficile parfois.

Les constatations faites au cours de la laparotomie chez ces deux malades, et rapportées en détail, montrent combien grande est parfois la ressemblance pathologique des lésions abdominales au cours de ces deux affections. C'était d'ailleurs un point constaté déjà par Granfner et Zimmermann dans leurs intéressants travaux d'anatomie pathologique macroscopique. Et ces deux cas rapportés venaient à l'appui de ce point de pathologie à la fois clinique et anatomique.

Anesthésie chirurgicale ; Chloroforme ; Ether.

M. Lesage donne une intéressante lecture sur ce sujet.

Le chloroforme et l'éther, dit-il, agissent sur tous les éléments organisés et sur tous leurs modes d'action physiologique. Ils provoquent le sommeil en supprimant les fonctions des hémisphères cérébraux ; l'abolition des réflexes et de la tonicité musculaire indiquent la suppression des conductibilités médullaires ; l'arrêt de la respiration et du cœur suppose la suppression des fonctions du bulbe.

Dangers. — 1° Les syncopes primitives laryngo-réflexes, respiratoires ou cardiaques.

2° Syncopes secondaires respiratoires ou cardiaques à la suite de paralysie bulbaire.

Quatre causes peuvent provoquer ces accidents :

a) Les impuretés contenues dans les vapeurs anesthésiantes.

b) Les doses massives au début de l'opération ou méthode de sidération.

Il faut recommander au contraire une méthode à doses progressives : on ménage ainsi les susceptibilités réflexes du malade.

c) La prolongation de l'anesthésie au-delà des limites assignées par les symptômes objectifs connus. On devra diminuer la dose dès qu'on aura obtenu la disparition du réflexe oculo-palpébral, et tout supprimer si on constate une diminution de la respiration et un ralentissement marqué du pouls.

d) Inhalations de chloroforme en présence du gaz d'éclairage.

Procédé de choix. — La méthode à doses progressives avec injection préalable de morphine et d'atropine est préférable à toutes les autres.

Le conférencier expose un tableau de l'action comparative de l'éther et du chloroforme.

L'emploi de l'éther ou du chloroforme a des indications précises, basées sur leur action sur les vaisseaux et sur la marche de l'anesthésie. Ainsi l'éther doit être préféré quand l'état du sujet ou toute autre considération peut faire redouter une syncope cardiaque secondaire

— lésion du cœur droit et de ses orifices, à la suite d'une affection pulmonaire chronique.

Dans les opérations prolongées, dans le cas de lésions du cœur gauche, chez les enfants — où la syncope respiratoire secondaire se produit facilement, le chloroforme convient mieux.

La syphilis et sa prophylaxie.

M. Lecavalier étudie cette question d'une si haute importance ; c'est le complément de travaux antérieurs.

La surveillance administrative, dit-il, n'est pas la seule prophylaxie à établir ; aujourd'hui je veux attirer votre attention sur les moyens d'ordre moral et religieux et les moyens d'ordre hygiénique et médical.

Le conférencier conseille les mariages précoces, la durée des études abrégée, etc.

Comme on le voit, les moyens que nous propose la morale sont très élevés, mais d'une exécution très difficile.

Les maisons d'éducation devraient d'abord semer dans l'esprit de leurs élèves les notions élémentaires des lois de l'hygiène, afin que plus tard, ils s'intéressent à tous les mouvements de progrès en ce sens.

Notre population a besoin d'être renseignée sur les dangers des maladies infectieuses et aussi relativement aux modes multiples, divers, et la plupart ignorés, de dissémination de la syphilis.

Chaque hôpital devrait ouvrir un dispensaire spécial pour les maladies vénériennes.

Si grandes que soient les difficultés à résoudre, il incombe à la profession médicale le devoir d'organiser une lutte continuelle entre la triade des pestes modernes la tuberculose, l'alcoolisme, et la syphilis.

RHEAUME.

FORMULAIRE

PILULES DIURETIQUES ANTI URICÉMIQUES.

Extrait de stigm. de maïs....	} à 3 grammes.
— aq. de muguet.....	
Benz. de soude.....	
Carb. de lithine.....	

Pour 60 pilules. En prendre 4 à 8 par jour.

(Le médecin)

Les fruits de table. — Les fruits de table, poires ou pommes, ont souvent sur la peau de petites taches noires qui, la plupart du temps, passent inaperçues. Des recherches microscopiques ont établi que ces taches étaient dues à des champignons qui agissent d'une façon très nuisible sur les organes de la digestion. Il est donc recommandé de peler le fruit avant de le consommer.

(*Journ. de la santé.*)

Travaux Originaux

OSTEOPATHIE SYSTEMATISEE.

par Alph. F. MERCIER et Arthur BERNIER.

Médecins de l'hôpital Notre Dame.

A. Antécédents familiaux : Rien de particulier à noter.

B. Antécédents personnels : Le malade est âgé de 11 ans. Rougeole il y a 5 ans. Chute sur la tête en 1899. Perte de connaissance pendant une heure à la suite. Se rétablit complètement au bout de quelques jours.

C. *Maladie actuelle.* — La maladie actuelle semble avoir débuté au printemps de 1901. A ce moment l'enfant tombe dans l'eau glacée du canal, reste quelques jours sans entrain, a mal partout ; puis se plaint de douleurs articulaires, accuse un certain degré de fièvre, si bien qu'on diagnostique un rhumatisme infectieux.

En même temps, le médecin constate que l'enfant présente sur le cou, à gauche, une petite tuméfaction douloureuse, constituée par un ganglion hypertrophié, ainsi qu'un gonflement du palais, du côté gauche, près du pilier.

La maladie progresse de plus en plus, le patient s'affaiblit, ne mangeant plus, s'amaigrissant beaucoup, et remarquant pour la première fois, à la fin de juin, que ses mains et ses pieds commencent à enfler.

D. *Examen du malade.* — Le malade est grand, mais amaigri.

Les mains, absolument remarquables, sont épaisses, courtes, aussi larges que longues, mesurant 70 millim. au niveau de la circonférence métacarpo-phalangienne. Les doigts courts, énormes, comme rembourrés, sans altération de leur forme générale, ressemblent à des saucissons et nous fournissant par la déformation en bague de tambour de la phalangette un bel exemple de doigts hippocratiques. Les ongles sont réguliers, durs, fermes, sans striation d'aucune sorte, incurvés dans tous les sens et répondent aux ongles dites, en verre de montre. Les téguments au niveau de la phalangette sont rouges, congestionnés, épaissis.

L'hypertrophie est moins évidente au carpe, mais réapparaît nettement à l'avant-bras, surtout au poignet, qui mesure 160 millim. de circonférence.

Mêmes déformations aux pieds et aux jambes.

Cette hypertrophie symétrique, nous l'avons cons-

tatée par la palpation et la radiographie, est en majeure partie due à l'accroissement du squelette.

La face du patient présente certaines particularités, paupières tuméfiées, rouges ; oreilles grandes, congestionnées, détachées ; tout le côté gauche de la figure est recouvert d'un fin duvet, long, soyeux, abondant ; le maxillaire inférieur gauche offre une légère tuméfaction gonflant la joue, et rendant compte de l'asymétrie faciale ; tumeur cervicale à gauche constituée par un ganglion hypertrophié ; enfin, tuméfaction sur le palais, à gauche, refoulant la luette à droite, et comprise dans les piliers. Le pharynx présente un gonflement œdémateux considérable à sa partie supérieure. Les fosses nasales sont remplies de pus.

L'examen des organes est négatif, et ne révèle rien du côté du cœur, des poumons, du foie, de l'abdomen, etc.

L'analyse des urines montre une élimination un peu exagérée de la chaux, (365 milligr. par litre).

L'examen du sang donne, anémie assez prononcée par diminution de l'hémoglobine leucocytose moyenne, à prédominance de polynucléaires.

E. *Diagnostic.* — On ne peut ici songer ni au rachitisme, ni à la syphilis, ni au myxœdème, ni au gigantisme. Le diagnostic se pose uniquement entre les différentes ostéopathies systématisées. On peut éliminer d'emblée la maladie de Paget, puisqu'elle n'apparaît jamais avant cinquante ans. On reste donc avec l'acromégalie, et l'ostéopathie hypertrophiante d'origine pneumique.

Comme le portrait de notre malade ne correspond aucunement à la symptomatologie de l'acromégalie, l'hypertrophie osseuse de notre malade rentre dans l'ostéopathie hypertrophique d'origine pneumique.

Notre cas présente cette particularité de ne pas être dû à une lésion de l'appareil pleuro-pulmonaire, ce qui est la règle. Ne pourrait-on incriminer l'influence des produits microbiens élaborés au niveau des tumeurs cervicales et buccales, du carvum de notre malade. C'est ce que l'intervention chirurgicale pourra peut-être nous dire.

Revue des journaux

MEDECINE

Le traitement de la colique saturnine par l'injection épidurale de cocaïne.

M. Deléarde (de Lille) a eu l'occasion de soigner deux malades atteints de colique saturnine par la méthode des injections épidurales, à l'exclusion de toute autre intervention thérapeutique.

Ce traitement consiste, en résumé, à provoquer une analgésie générale au lieu d'une analgésie partielle obtenue par la teinture d'iode, la sinapisation ou les cataplasmes laudanisés. La disparition de la douleur ne tarde pas à amener le besoin d'aller à la selle ; c'est la guérison obtenue en moins de temps que par l'usage exclusif des purgatifs ou par l'absorption d'huile d'olives qui pour être active, doit être prise à haute dose, peu de malades pouvant sans écœurement avaler 100 à 200 grammes d'huile pendant plusieurs jours.

Chez ses deux malades, M. Deléarde a fait une injection épidurale de 0g03 de cocaïne dissous dans 3 centimètres cubes d'eau.

La douleur a cédé dans les deux cas rapidement ; l'un des malades a eu une selle le soir même, l'autre dans la nuit. Tous deux sont sortis guéris le troisième jour.

(*Echo méd. du Nord. — Gaz des hôp.*)

Traitement iodique de la tuberculose pulmonaire.

M. Navarrani (Pise) avait déjà démontré qu'en faisant circuler dans le torrent sanguin d'un animal un iodure et en lui faisant respirer simultanément des vapeurs de térébenthine, la décomposition de l'iodure et la formation de l'iode à l'état naissant a lieu à la surface respiratoire du poumon. Il a utilisé cette méthode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique et il a obtenu des guérisons nombreux et durables, dont quelques-unes se maintiennent depuis 6 ans.

La méthode est simple et facile et presque complètement exempte d'inconvénients ; son seul défaut est d'être très lente et d'exiger sa continuation régulière pendant plusieurs mois et même une année entière ; on doit aussi la continuer pendant quelque temps après la guérison définitive.

Au commencement du traitement, on peut avoir pendant un mois, une aggravation des symptômes locaux. L'auteur emploie cette méthode non seulement dans les cas au début, mais aussi dans ceux qui datent de plusieurs mois ou de quelques années.

(*Méd. mod.*)

L'albuminurie consecutive au bains froids.

par GIACOMO REM-PIECI.

Des expériences de l'auteur, faites sur 35 individus, sur lesquels l'action de 115 bains a été étudiée par plus de 350 analyse, l'auteur conclut que l'albuminurie, après les bains froids, est un phénomène constant. Les différents sujets ne réagissent pas tous également aux bains froids. Certains présentent de l'albumine avec la plus grande facilité et ce sont précisément les sujets les moins robustes, les plus maigres qui ressentent davantage la sensation de froid. Comme limite de température, on peut produire le phénomène à 12 ou 15° cent. après 3 minutes de bain. L'albuminurie, ainsi observée est très transitoire. Elle apparaît presque aussitôt après le bain (ce que l'auteur a vérifié sur l'urine recueillie par cathétérisme) et ne dure pas longtemps. Cette albuminurie est légère, en moyenne 0,25 p. 1000. La variété d'albumine éliminée est de la sérine et de la nucléo-albumine. Il n'est pas rare de trouver des cylindres dans le sédiment des urines. Il y a presque toujours un rapport constant entre la diurèse provoquée par le bain et l'albuminurie. Les bains froids ne sont pas capables de provoquer l'urobilinurie. Prolongés, ils déterminent une certaine irrégularité cardiaque.

Cette albuminurie est d'origine fonctionnelle.

(*Il Policlinico, sez. medica — Indép. méd.*)

Traitement de la neuralgie consecutive au zona ophtalmique.

M. le Dr Salva préconise, dans le *Dauphiné médical* les injections de cocaïne comme pouvant amener rapidement une guérison durable contre cette affection si rebelle, là où tous les autres moyens ont échoué et il cite trois observations de ce genre très concluantes.

Il y a lieu, de commencer ce traitement par des doses faibles pour tâter la susceptibilité du malade à la cocaïne, d'autant plus que l'on sait que les injections de cocaïne sont plus dangereuses à la tête qu'au niveau d'autres parties du corps. M. Salva a toujours commencé par une injection de 2 centigrammes et est allé en augmentant jusqu'à 5 centigrammes, dose qu'il n'a pas eu à dépasser, parce qu'elle s'est toujours montrée suffisante.

Il insiste aussi sur ce point que l'on ne doit pas cesser le traitement dès que les douleurs disparaissent ; il faut continuer les injections encore dix ou quinze jours sous peine de voir les douleurs revenir. Il est prudent, à la fin du traitement, d'éloigner de plus en plus les injections avant d'arriver à la cessation complète ; on n'en fera plus que tous les deux jours, puis tous les trois jours.

Ces injections sont faites tous les jours d'abord, pendant 8 à 10 jours, puis tous les deux jours et sont espacées ensuite de plus en plus.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Erytheme hydrargyrique d'origine medicamenteuse.

par C. NICOLLE et DELAMARE.

Cette observation nous paraît présenter quelques particularités intéressantes, sur lesquelles nous désirons insister brièvement ici.

Au point de vue du diagnostic, aucun doute n'est possible ; l'éruption observée par nous appartient bien à l'hydrargyrie cutanée.

Elle se distingue cependant de la plupart des observations rapportées par les auteurs par l'absence totale de vésiculation, et secondairement de suintement. On ne peut donc, par conséquent, lui appliquer le qualificatif d'eczéma mercuriel, donné généralement aux éruptions hydrargyriques.

La desquamation, au contraire, est bien celle qui est décrites dans les cas analogues.

Un autre point intéressant à noter est la bénignité de tous les symptômes. Il n'y a eu, pour ainsi dire, que des signes locaux ; aucun signe général n'a été noté. Or on sait que souvent les éruptions mercurielles s'accompagnent de phénomènes généraux et fonctionnels, d'une intensité très grande. Il est permis de penser que si notre malade a pu échapper à ces accidents, c'est parce que la nature de son éruption a été reconnue dès le premier jour, et qu'un traitement approprié (régime lacté absolu, cessation de l'emploi du mercure) a pu, de suite, lui être appliqué.

L'absence de tout symptôme d'intoxication mercurielle, autre que l'éruption, est également à retenir. C'est un fait qui, d'ailleurs, a été noté dans d'autres cas.

Il est impossible, à notre avis, de dire si c'est plutôt aux frictions ou aux injections intra-musculaires que nous devons attribuer l'apparition de l'éruption, puisque traitements externe et interne étaient employés simultanément, et depuis un certain temps déjà, lorsque l'éruption s'est montrée. Il nous paraît plus légitime de mettre dans notre cas en première ligne, au point de vue étiologique, non pas le mode d'administration du mercure, mais l'intensité même du traitement.

Nous avons expliqué déjà pour quelles raisons nous avons été amenés à faire ainsi un traitement intensif, et les bons résultats que nous en avons obtenus malgré l'apparition de l'éruption.

Ce succès nous a engagés, aussitôt l'éruption terminée, à reprendre de suite le traitement mercuriel pour mener tout à fait à bien la guérison de l'iritis gommeuse. Les auteurs classiques admettent la fréquence de la récidive chez les personnes ayant déjà présenté une éruption, lorsqu'on reprend le traitement mercuriel. Nous n'avons rien noté de semblable dans notre cas, et le malade a pu sortir peu de jours après, guérie de ses accidents syphilitiques et indemne de toute nouvelle éruption.

(La revue med. de Normandie)

Traitement de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées à 25 pour 1000.

M. le Dr Baumel rappelle dans le *Nouveau Montpellier médical* les faits signalés par M. Guglielmi dans sa thèse, et relatifs, à la guérison de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées et insiste sur les bons effets de ce procédé qui lui a donné de nouvelles guérisons. Les pulvérisations étaient faites avec le plus grand pulvérisateur à vapeur de Lucas Championnière, une fois par jour, durant 20 minutes environ ; on ne pulvérisait guère que 200 grammes de la solution à 25 p. 1000 par séance et toujours ces pulvérisations ont fait avorter ou ont singulièrement atténué la maladie qui n'a jamais duré plus de 20 à 25 jours. Le seul inconvénient consiste dans une certaine irritation des yeux qu'on peut éviter en les recouvrant d'un bandeau au moment de l'opération.

M. Baumel a bien souvent, depuis, expérimenté cette méthode en renouvelant deux ou trois fois par jour ces pulvérisations qui se font à 1 m. ou 1 m. 50 de la tête du malade et il a constaté la disparition des quintes au bout de très peu de jours. La quantité de solution pulvérisée était de 60 à 80 grammes chaque fois avec un pulvérisateur ordinaire (environ 1/4 de litre par jour, ce qui correspond à 6 grammes 25 d'acide pour une enfant de 16 ans).

Il est évident que cette dose devra varier suivant l'âge des sujets. Les nourrissons même ne doivent pas être exclus de l'usage des pulvérisations, ainsi que le prouvent certaines observations du Dr Guglielmi.

(Gaz. méd. belge.)

Les abcès de neutralisation dans les maladies infectieuses

Voici comment le professeur Fochier, de Lyon préconise la technique de cette thérapeutique dont il est le promoteur.

Dans les maladies infectieuses, avec ou sans localisation, mais capables de se généraliser et de devenir pyogènes, pour peu que le pronostic soit douteux, il faut provoquer un abcès artificiel par l'injection sous-cutanée d'un liquide irritant.

Le liquide le mieux approprié paraît être l'essence de thérebenthine, de préférence épaissie par son vieillissement et son oxygénation, ou par l'adjonction de térébenthine de Venise (1 sur 5).

L'injection de 1 cent. cube, par piqûre, est toujours suffisante. On peut avoir, avec 1 cent. cube, des abcès de la contenance d'un demi-litre.

Lorsque l'infection est menaçante à bref délai ou reconnue comme très grave par suite d'une épidémie (dans la peste, par exemple), on peut faire plusieurs piqûres à la fois. Deux piqûres pour commencer me paraissent suffisantes.

Dans tous les cas, si la réaction locale ne se produit pas ou est peu marquée au bout de douze heures, il faut faire une nouvelle piqûre et répéter les piqûres toutes les douze ou les vingt-quatre heures suivant l'urgence, jusqu'à ce qu'on ait obtenu de l'inflammation bien nette.

Le lieu d'élection des piqûres me paraît être le flanc. C'est au flanc gauche, à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes, que l'abcès sera le moins gênant, le moins douloureux et risquera moins de provoquer du sphacèle des aponévroses sous-jacentes. Les piqûres subséquentes seront faites dans le voisinage des flancs, sous la peau de la paroi abdominale. Pour peu que le liquide s'infiltré dans le derme, celui-ci se sphacèle sans autre inconvénient qu'une ouverture prématurée et une cicatrice.

Les abcès ne doivent être ouverts que si l'état morbide paraît conjuré, ou si, un nouvel abcès ayant été provoqué, la fièvre persiste. Dans ce cas, il ne faut ouvrir que les abcès précédant le dernier établi. Lorsqu'un abcès menace de s'ouvrir spontanément, il faut en provoquer un autre avant cette ouverture, si la maladie persiste.

Les abcès ouverts doivent être pansés avec grand soin. Ils sont aseptiques, mais peuvent s'infecter très facilement, une fois qu'ils sont évacués. Il faut se borner à presser les parois pour éliminer les débris sphacelés et s'abstenir de toute injection, de toute manœuvre dans leur cavité.

Ce n'est qu'en suivant ces préceptes qu'on aura appliqué ma méthode. On pourra réussir en ne s'y conformant pas exactement, mais il ne faudra pas dire que ma méthode a été appliquée lorsqu'on aura échoué, en méconnaissant des prescriptions aussi fondamentales que la répétition des abcès et leur non ouverture.

(*J. de méd. de Paris.*)

Traitement de la stase gastrique avec hypersecretion par le tube évacuateur, sans lavage, suivi d'injection de poudre de viande

MM. Mathieu et Laboulais préconisent le traitement suivant dans les cas de syndrome de Reichmann. On introduit dans l'estomac chaque matin, une sonde avec laquelle on évacue aussi complètement que possible le contenu de cet organe. Dans les rares cas où la bouillie stomacale est très épaisse, il y a lieu de faire un petit lavage (un litre au plus en trois ou quatre fois). Y a-t-il fermentations exagérées, on utilise pour ces lavages une solution de salicylate de soude à 3 p. 1000. Au bout de trois à quatre jours, on se contentera d'évacuer le liquide de stase par expression, par aspiration au besoin, mais sans faire de lavage. Dès le début du traitement, on fera suivre immédiatement l'évacuation du liquide de stase d'un gavage à la poudre de viande pure non additionnée de malt ou de substances analogues. On commence par

60 grammes de poudre de viande soigneusement délayé dans 300 centimètres cubes de lait. On augmentera chaque jour, progressivement, la quantité de poudre de viande et de lait, pour arriver à 100 grammes de poudre et 600 centimètres cubes de lait. Il va sans dire que pendant la durée de tout ce traitement, les malades devront être soumis à un régime sévère. En cas de douleurs intenses avec stase abondante, on prescrira le régime lacté absolu. Dans les cas où les phénomènes douloureux sont moins marqués, on pourra y adjoindre des potages au lait et des œufs.

On prescrira en même temps, s'il y a lieu, les alcalins à haute dose (bicarbonate de soude : 20 grammes, et magnésie : 5 grammes), par demi ou par cuillerée à café au début des douleurs. Suivant les résultats obtenus, on pourra modifier le régime tout en continuant le traitement qu'il sera nécessaire de prolonger quelquefois pendant plusieurs mois avant de permettre au malade de revenir à un régime plus ou moins voisin du régime ordinaire. On se guidera, pour la durée du traitement non plus sur l'absence de phénomènes douloureux, puisque ceux-ci disparaissent en général dès le début, mais sur les modifications du liquide de stase comme qualité et quantité, et sur l'état général du malade. Dans la grande majorité des cas, après la disparition des douleurs qui s'observe toujours d'une façon précoce, on constate que le liquide de stase, abondant au début diminue et souvent disparaît en même temps que l'état général s'améliore et que le poids du malade augmente dans des proportions quelquefois surprenantes.

Quels sont les résultats de cette méthode thérapeutique ? Dans 38 cas sur 47 soignés par MM. Mathieu et Laboulais, on a constaté :

- a) La diminution et presque toujours la disparition rapide des phénomènes douloureux ;
- b) La diminution rapide de la stase dans tous les cas ; sa disparition complète dans environ la moitié des cas ;
- c) Presque toujours l'augmentation, quelquefois très considérable, du poids du corps ;
- d) La disparition des contractions péristaltiques visibles de l'estomac dans les trois cas où elles avaient été constatées.

Neuf cas de sténose du pyllore, d'origine néoplasique, ont été traités par le même procédé ; mais là les résultats thérapeutiques ont été moins brillants. En somme c'est surtout dans les cas de stase gastrique avec hypersecretion que l'évacuation du contenu de la cavité stomacale, suivi de l'injection de poudre de viande donne le plus de succès.

(*Gaz. des hôp.*)

CHIRURGIE

La hernie inguinale congénitale ; Traitement.

par M. FAURE.

Nous allons nous occuper aujourd'hui d'un sujet de pratique courante. Il s'agit de la hernie inguinale congénitale, dont je veux vous parler à propos d'un jeune homme que nous allons opérer tout à l'heure. Ce jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, est atteint d'une double hernie. La première hernie, à gauche, est légère, grosse comme un petit œuf, une pointe de hernie ; la hernie droite, vous le verrez, est beaucoup plus considérable, elle descend jusqu'au testicule. Ces deux hernies doivent être opérées, surtout chez un jeune homme, chez lequel elles constitueraient une sorte d'infirmité gênante et permanente ; les inconvénients qu'il y a à les opérer sont nuls à côté des avantages qui consistent à débarrasser le malade de ce paquet, qui est non-seulement gênant mais qui peut amener des dangers.

De quelle variété de hernie s'agit-il ? Il est évident, sinon certain, qu'il s'agit là de la hernie congénitale. Vous savez en quoi consiste la hernie congénitale.

Au moment ou quelques jours après le moment de la naissance, lorsque les choses se passent régulièrement le canal vagino-péritonéal s'oblitére, se transforme en un cordon fibreux qui ferme d'un côté le péritoine, et la vaginale de l'autre. Or, il arrive souvent, sous des influences que nous ne connaissons pas, que ce canal ne se ferme pas, que le canal vagino-péritonéal, en un mot, subsiste, faisant communiquer la cavité péritonéale avec la vaginale. Il reste donc une porte ouverte aux hernies, qui peuvent se produire plus ou moins tardivement.

En sorte que la hernie congénitale n'est pas, forcément, celle qui se produit au moment de la naissance, puisqu'elle peut apparaître chez l'adulte ; au terme de hernie congénitale s'applique seulement la disposition congénitale qui favorise la hernie, c'est la hernie provoquée par cette disposition congénitale.

Mais cette hernie n'est pas toujours complète et les choses ne se passent pas toujours de la manière dont je viens de vous parler. Ainsi, le canal peut s'oblitérer plus ou moins haut et la hernie ne pas descendre jusqu'au testicule. En outre, lorsque l'oblitération n'est pas complète, on peut avoir une sorte de rétrécissement du canal, une sorte de diaphragme, il peut même y en avoir plusieurs, et lorsqu'une anse intestinale s'engage dans le canal, il peut y avoir, au niveau de ces diaphragmes, des étranglements intestinaux que l'on constate assez souvent en effet.

Les hernies congénitales ont extrêmement fréquentes. Peut-on, cliniquement, les distinguer des hernies acquises ? Non, on ne peut les reconnaître avant l'opération, il n'y a aucun moyen qui permette de les distinguer d'une façon absolue, mais il y a des probabilités.

Ainsi, le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'un jeune homme c'est à la hernie congénitale qu'il faut penser. De plus, les hernies à orifice étroit, dont l'anneau est petit, même celles de l'adulte sont en faveur de la congénitalité. En outre, la facilité et la rapidité de l'étranglement doivent faire reconnaître la hernie congénitale, et, en effet, celle-ci est plus grave en ce que l'étranglement peut se faire brusquement. Mais ces signes n'ont pas une valeur absolue.

J'en arrive à la question de l'opération. L'incision de la peau, la recherche du sac et son ouverture ne présentent rien de particulier en ce qui concerne la hernie congénitale ; mais, ce qu'il y a de particulier, c'est ce fait que, lorsqu'on a ouvert le sac, on aperçoit, au fond, le testicule, cela n'existe pas dans les hernies acquises et cela constitue alors un signe d'une valeur absolue ; dans les hernies acquises, le sac est séparé de la vaginale. Mais, quelquefois, il y a des hernies congénitales qui ne sont pas en communication avec le testicule, il s'agit de ces cas où l'oblitération du canal vagino-péritonéal n'a été que partielle. On s'en aperçoit d'abord par les irrégularités et les diaphragmes dont je vous ai parlé et qui ne se voient guère que dans les hernies congénitales, mais il y a autre chose : c'est l'adhérence intime du sac et des éléments du cordon. En effet, dans les hernies acquises, on peut séparer du sac les éléments du cordon, tandis que dans le cas de hernie congénitale, les éléments du cordon sont intimement accolés, confondus avec le sac, il faut même y faire grande attention, car on pourrait, en diséquant, attirer le cordon, le déchirer ou le couper.

Ceci dit sur la façon de reconnaître les hernies congénitales au moment de l'opération, j'en viens à l'opération elle-même. Ces hernies s'opèrent de la même façon que les autres et dans les mêmes conditions. J'ajoute qu'il est encore plus marqué de les opérer à cause des facilités et de la rapidité de l'étranglement ; de plus, le jeune âge des sujets constitue une autre indication dont je vous ai parlé. L'opération se fait donc comme lorsqu'il s'agit d'une hernie acquise. On ouvre le sac pour regarder ce qu'il y a dedans ; s'il y a une anse intestinale on la rentre ; s'il y a de l'épiploon, on le rentre ou on le ré-èque, puis on noue le sac, le plus haut possible. Jusqu'ici, n'est-ce pas, tout se passe comme à l'ordinaire et je n'insiste pas ; vous assisterez à l'opération. Mais ensuite il y a quelques choses d'un peu spécial. En effet, une fois le sac enlevé au-dessous de la ligature, il s'agit de fermer l'anneau fibreux. Or, en général, lorsque la hernie inguinale se produit, c'est par l'orifice externe du canal inguinal ; la hernie pousse, élargit les bords de cette orifice, et on se trouve en présence d'une ouverture assez large, qu'il faut refaire pour éviter les récidives. Dans ce but, des procédés nombreux ont été préconisés, mais il y a deux procédés types que je veux vous signaler, ce sont : le procédé de Championnière et le procédé de Bassini.

En quoi consiste d'abord le procédé de Championnière ? Lorsqu'on a excisé le sac herniaire, on se trouve en présence, d'un côté, de l'arcade crurale ; de l'autre, on a les fibres du grand oblique, qui a été plus ou moins écarté et dilacéré ; sur un plan sous-jacent, on a les autres muscles de la paroi abdominale ; enfin, profondément, le grand droit. Dans le procédé ordinaire, procédé de Championnière, qui est excellent, voici comment on opère : On a diséqué le sac, on l'a attiré autant que possible on l'a noué et excisé, le moignon remonte et on ne s'en occupe plus. A ce moment, on va prendre avec des fils la lèvre externe de l'anneau, puis les tissus de la lèvre interne, en poussant le cordon vers le fond, on réunit et on suture les lèvres de la plaie, et on fait ainsi un plan de sutures, comprenant la couche musculo-aponévrotique et recouvrant le cordon. C'est ce plan musculaire qui s'opposera à la sortie de l'intestin. M. Chamdionnière met des sutures en U.

Quant au procédé de Bassini, fréquemment employé voici en quoi il consiste. Au lieu de laisser le cordon dans la profondeur, après l'excision du sac, on le relève ; puis et voici justement la particularité originale de ce procédé, on suture à l'arcade crurale, sous le cordon, le plan musculaire formé par le petit oblique et le transverse, de manière à reconstituer la paroi profonde du canal inguinal. On va même plus loin, et, selon l'un des élèves de Bassini que j'ai vu opérer ici exactement suivant la méthode de son maître, on va effondrer le fascia transversalis et chercher très profondément le bord externe du grand droit. On ramène ce bord externe avec le petit oblique et le transverse jusqu'à l'arcade crurale et on suture le tout. Ici, je dois vous faire une petite observation : je me demande, en effet, si ce grand droit, violemment attiré au dehors, ne revient pas à sa place, car les fibres musculaires se déchirent assez facilement, et cela peut nuire à la solidité de la paroi ainsi reconstituée. Quoi qu'il en soit, c'est là le procédé type de Bassini. Donc, le plan profond, une fois fait, on applique, on couche le cordon sur ce plan profond. On prend alors l'aponévrose du grand oblique, qui a été incisée préalablement, et on suture les deux lèvres d'incision de cette aponévrose, au-dessus du cordon. Et on a ainsi un plan superficiel.

Vous comprenez donc en quoi diffère les deux procédés. Le procédé de Bassini consiste dans l'établissement de deux plans musculo-aponévrotiques l'un situé *au-dessous* du cordon et comprenant l'arcade crurale d'une part, et le petit oblique, le transverse et le grand droit d'autre part, l'autre située *au-dessus* du cordon et comprenant l'aponévrose du grand oblique : tandis que le procédé de Championnière consiste dans l'établissement d'un seul plan musculo-aponévrotique en avant au-dessus du cordon. Quel est le meilleur des deux procédés ? En théorie, c'est le procédé de Bassini, qui permet la reconstitution du plan superficiel et profond du canal inguinal ; mais, en pratique, je ne crois pas qu'il en soit ainsi. La

guérison d'une hernie tient plutôt au bloc de cicatrisation ou d'adhérences qu'aux plans de suture, je crois que les plans de Bassini se confondent au moment de la cicatrisation, et je pense que l'adhérence à l'arcade crurale, celle-ci étant lisse, n'est pas aussi solide qu'on pourrait le croire. Je ne sais pas, en somme, si le bloc cicatriciel créé par le procédé de Bassini est meilleur que celui créé par le procédé de Championnière ; j'ai pratiqué les deux procédés, qui m'ont donné tous deux de très bons résultats ; d'autre part, j'ai vu des récidives et je me souviens du cas d'un étudiant que j'ai opéré, avec le plus grand soin, par la méthode de Bassini et cependant il y a eu récidive. Il faudrait des statistiques comparatives très minutieuses et très exactes.

En tous cas, je pense que dans les hernies à anneau très large, ou il est nécessaire de reconstituer la paroi, dans les récidives aussi, il vaut mieux mettre les chances de son côté et "faire le Bassini ;" dans les cas ordinaires je préfère le procédé de Championnière.

(*Indep. méd.*)

Des hémorroïdes et de leur traitement.

M. le professeur Tillaux, présentant un malade atteint d'hémorroïdes, insiste sur le traitement par la dilatation anale. Opérer les hémorroïdes ne doit pas être de pratique courante : tantôt elles sont symptomatiques de compression pelvienne par un fibrome, par une grossesse, tantôt elles sont symptomatiques d'une affection du foie ; il faut laisser tranquilles ces hémorroïdes ainsi que celles qui ne font qu'incommoder le malade. Si l'on se décide à intervenir, la dilatation forcée donne des résultats surprenants ; l'honneur en revient à Boyer qui proposa l'incision du sphincter et à Récamier qui substitua à cette section la dilatation forcée de la fissure anale ; depuis, Maisonneuve pensa à appliquer cette dilatation aux hémorroïdes, mais toutes les variétés d'hémorroïdes ne sont pas justiciables de la dilatation.

Lorsque les hémorragies prennent une telle importance qu'on peut craindre pour la vie du sujet, il est indiqué d'intervenir, mais la dilatation n'aura pas grand succès ; la procidence d'hémorroïdes internes exige aussi l'opération, mais si la dilatation peut être bonne, elle n'est pas suffisante, et peut même occasionner parfois un prolapsus qui ne fera qu'augmenter après l'opération ; il faut, dans ce cas, outre la dilatation, traiter l'hémorroïde elle-même, la détruire par quelque procédé que ce soit ; si les hémorroïdes sont douloureuses, il faut encore les opérer ; si la douleur revêt les caractères de celle qu'affecte la fissure anale, si elle compromet la nutrition et pousse le malade au suicide, c'est alors que la dilatation est une ressource thérapeutique parfaite, et la guérison peut être obtenue en une seule séance.

Pour pratiquer cette opération, M. Tillaux emploie la cocaïne ; il introduit d'abord dans l'anus un tampon

imbibé de cocaïne, entoure ensuite la région de l'anus de quelques injections profondes à 1 % ; si la douleur est trop vive, on préférera cependant le chloroforme, mais en anesthésie superficielle, car il peut se produire dans les dilatations de fissure anale, des morts subites sous le chloroforme ; la dilatation se pratiquera dans le sens transversal, et la rencontre des tubérosités de l'ischion indiquera qu'on a atteint la limite de la dilatation. M. Tillaux n'emploie pas, pour cette dilatation, le spéculum de Trélat ; la dilatation produite par les pouces écartés brusquement, donne les mêmes résultats.

(Revue intern. de méd. et de chir.)

OBSTÉTRIQUE

Diagnostic des grossesses gemellaires

par M. MAYGRIER.

Le diagnostic de la grossesse gémellaire comporte les questions suivantes : 1° Y a-t-il grossesse ? Ici il faut envisager toutes les affections avec lesquelles on peut confondre non seulement la grossesse simple, mais la grossesse double. 2° A quelle variété de grossesse gémellaire a-t-on affaire ? Ceci touche à des problèmes très intéressants, mais non encore complètement élucidés au point de vue clinique, et dont je vous dirai un mot à la fin de cette leçon.

Examinons donc d'abord ce premier point : une femme, par les moyens habituels, étant reconnue enceinte, s'agit-il d'une grossesse simple ou gémellaire ?

Pour répondre à cette question, il y a lieu de considérer d'abord l'âge de la grossesse. Vous savez combien il est difficile d'affirmer qu'une femme est enceinte avant l'apparition des signes de certitude ; *a fortiori* serez-vous embarrassé pour dire qu'il y a une grossesse double dans les mêmes conditions. Par contre, il est des cas où vous pourrez affirmer qu'il y a des jumeaux, en raison de l'apparition d'une hydramnios précoce à marche rapide, dès le début de la grossesse, fait sur lequel j'ai attiré l'attention en 1892, dans un travail sur l'*Avortement gémellaire*, en collaboration avec M. le docteur Demelin ; c'est là un symptôme absolument caractéristique. Quand vous constaterez cette hydramnios particulière, vous pourrez affirmer qu'il y a non seulement grossesse gémellaire, mais avortement double en perspective. C'est réellement le seul cas où vous pouvez porter le diagnostic de grossesse gémellaire, avec une quasi-certitude dans les premiers mois ; mais il s'agit d'une grossesse pathologique. Je n'insiste donc pas sur ce point et je passe à la question du diagnostic de la gémellité après l'apparition des signes de certitude de la grossesse.

Ici, la question est plus facile à résoudre, et vous pourrez arriver à établir le diagnostic à l'aide d'une ex-

ploration méthodique renouvelée au besoin à diverses reprises.

Il y a d'abord un symptôme banal, classique, qui attire tout de suite votre attention à la seule inspection : c'est le volume considérable de l'abdomen, qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Si avec cela vous apprenez qu'il y a eu dans la famille des grossesses gémellaires, la probabilité de la grossesse double s'accroît. L'influence de l'hérédité est en effet parfaitement établie ; elle peut être d'origine paternelle ou maternelle ; il y a des faits nombreux qui prouvent l'une et l'autre ; il y a en outre à tenir compte des antécédents personnels de la femme elle-même au point de vue de la gémellité ; telle femme, ayant eu antérieurement des jumeaux, a certainement des chances d'avoir une nouvelle grossesse double. Vous interrogerez donc la femme dans ce sens, et muni de ces renseignements, vous lui demanderez, s'il s'agit d'une multipare, quelles sont les particularités qu'elle a remarquées pendant le cours de sa grossesse actuelle, en comparaison avec la précédente, à supposer que celle-ci ait été simple. Elle vous répondra qu'elle s'est aperçue que son ventre grossissait beaucoup plus que lors de la gestation antérieure, qu'elle sent remuer "un peu partout ;" vous inspecterez l'abdomen et vous y remarquerez assez souvent la présence d'un sillon caractéristique, à direction verticale, oblique ou transversale, sur lequel avait insisté Levret, indiquant une séparation de la cavité utérine en deux loges secondaires. En même temps vous pourrez constater de l'œdème sus-pubien, signe accessoire d'une certaine valeur, mais qui n'a point une importance exclusive. Vous observerez souvent également un développement exagéré de varices aux membres inférieurs. Ce sont là autant de symptômes de présomption.

Vous pratiquerez alors très méthodiquement le palper, qui peut vous fournir la preuve certaine de la grossesse double.

Que faut-il pour pouvoir affirmer celle-ci ? Trouver trois extrémités fœtales. Cependant on peut quelquefois faire le diagnostic avec deux extrémités semblables, nettement constatées, deux têtes, par exemple, quand on les délimite facilement et qu'on peut en préciser la nature par les signes que vous connaissez, surtout par le ballotement. Occupons-nous des cas où la grossesse gémellaire se présente avec un caractère de certitude absolue, c'est-à-dire quand on trouve trois extrémités. On peut les rencontrer en des points fort variables, suivant la situation qu'occupent les jumeaux l'un par rapport à l'autre, et pour bien comprendre les divers cas auxquels il faut s'attendre, il est nécessaire de vous rappeler les diverses dispositions des œufs, classifiés par Budin, et dont la connaissance est des plus utiles au point de vue pratique, malgré son caractère évidemment schématique et les variétés intermédiaires présentées par la clinique.

D'après Budin, les deux fœtus peuvent être disposés

de trois façons principales différentes :

1° Soit *juxtaposés*, c'est-à-dire qu'ils sont placés l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane; tantôt ils sont tous deux la tête en bas, et c'est le cas le plus fréquent; tantôt ils se présentent l'un par le sommet, l'autre par le siège; plus rarement il y a deux présentations du siège.

C'est dans ces circonstances que l'on peut rencontrer quatre extrémités.

2° Soit *superposés*, le fœtus supérieur étant placé horizontalement dans le fond de l'utérus, tandis que l'inférieur est vertical (fœtus en T) ou inversement; cette disposition présente ceci de particulier dans l'accouchement que, lorsque le premier fœtus a été expulsé, le second pour sortir à son tour doit perforer la cloison qui sépare les deux œufs et traverser l'œuf de son jumeau. Ceci est parfaitement démontré par l'examen de l'arrière faix, ainsi que vous pouvez le constater *de visu* sur les deux moulages, que je vous présente. Vous pouvez voir sur l'un d'eux que le placenta de l'œuf inférieur était *prævia* et que le fœtus supérieur a dû traverser la cloison interovulaire et le placenta de son congénère. Quand les jumeaux présentent cette disposition, le diagnostic par le palper est facile; le fœtus inférieur se diagnostique par sa présentation (tête ou siège) et à la partie supérieure élargie on perçoit nettement le second fœtus en le faisant ballotter de droite à gauche entre les deux mains appliquées respectivement sur le siège et le sommet du dit fœtus. C'est l'inverse lorsque le T est renversé.

3° Enfin, ce qui est le cas de tous le plus rare, les deux fœtus peuvent être *antéposés*, c'est-à-dire situés l'un à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'utérus. Le diagnostic pourra alors être très facile ou très très difficile. Il sera très facile si la disposition des jumeaux, est la suivante: le jumeau postérieur a le sommet engagé, facile à délimiter par conséquent; vous trouverez au-devant de la présentation une seconde extrémité, également bien distincte, et au fond de la matrice une ou deux autres extrémités. Mais si, au contraire, c'est le fœtus antérieur qui a la tête engagée, le fœtus situé en arrière est parfois très difficile à circonscrire. Dans les deux cas, le ventre proémine fortement en avant.

Quels que soient les résultats que vous aura fournis le palper, l'auscultation devra toujours compléter l'examen manuel. Elle vous permettra de constater l'existence de deux foyers de battements du cœur, situés l'un à droite l'autre à gauche, par exemple. Mais vous savez qu'on peut, en auscultant à divers moments dans une grossesse simple, trouver le maximum des bruits cardiaques en des points différents; en outre le rythme de ces bruits est variable. Par conséquent, pour que ce signe ait une réelle valeur au point de vue du diagnostic de la grossesse gémellaire, il ne suffit pas de trouver deux foyers cardiaques *distants* l'un de l'autre, ayant un

rythme plus ou moins inégal, mais il faut que cette constatation soit faite simultanément par deux observateurs auscultant en même temps. Cette auscultation à deux est ici indispensable. En la renouvelant plusieurs fois de suite on arrive à déterminer une différence assez nette dans le nombre des battements au niveau de chaque foyer pour pouvoir conclure avec certitude à l'existence de jumeaux.

(à suivre)

MALADIES VENERIENNES

De la prophylaxie de la syphilis.

M. le Dr Etienne a publié, dans la *Revue médicale de l'Est*, un mémoire fortement documenté sur la prophylaxie rationnelle des maladies vénériennes. Voici les idées émises par notre confrère, idées qui doivent prendre place dans l'étude de cette question toujours d'actualité :

A. — Le pouvoir municipal peut atteindre administrativement la prostitution clandestine.

I. — En rendant effective la surveillance de la police :

1° Par la surveillance des logeurs en garnis à qui on peut imposer la déclaration de toute locataire se livrant à la prostitution. Faire exercer sur le logeur une surveillance active de jour, et même de nuit en cas de notoriété (par mandat du chef de la police municipale,) pour la recherche exclusive des faits de prostitution. A l'égard du logeur, contravention à l'article 10 de l'ordonnance du 5 novembre 1778, rappelée par la circulaire du 21 janvier 1840 (Delessert) et l'instruction du 14 octobre 1878 reconnue par M. Lépine.

2° Par la surveillance des serveuses dans les cabarets, cafés, brasseries, buvettes. Interdiction absolue de service pour toute femme, sauf par la femme du commerçant, ses filles et une bonne unique attachée au service domestique (arrêté du maire d'Avignon, sanctionné par un arrêt de la Cour de cassation du 22 mai 1885 s'appuyant sur la loi du 5 avril 1884 établissant les droits de municipalités).

3° Par l'interdiction de la prostitution des mineures. Prise en considération du vœu de la conférence de Bruxelles: "La conférence émet le vœu de voir les gouvernements user de tous leurs pouvoirs en vue de la suppression absolue de toute prostitution des filles en état de minorité civile." Mise à l'étude de l'organisation d'un ouvroir dépendant de l'Administration des enfants assistés, destiné à recueillir jusqu'à leur majorité les mineures se livrant à la prostitution (nécessairement clandestine). Ces filles que l'expérience démontre devoir être presque toutes syphilitiques; seront ainsi internées et traitées pendant la période dangereuse de leur maladie.

Faire prononcer l'internement par une commission analogue à celle qui, à Paris, est appelée à prononcer l'inscription pour les cas douteux.

4° Par des mesures vis-à-vis des souteneurs. Prise en considération du vœu de la conférence de Bruxelles : "La conférence appelle toute la sévérité des lois contre les souteneurs." Etant entendu que l'on est désarmé contre les souteneurs en tant que souteneurs, aussi long temps que la loi votée en 1895 par le Sénat n'aura pas été votée par la Chambre, poursuivre avec toute l'énergie possible les souteneurs chaque fois qu'ils tomberont sous le coup de l'article 334 du Code pénal : "Ceux qui favorisent ou facilitent habituellement la débauche ou la corruption de la jeunesse de l'un ou de l'autre sexe au-dessous de l'âge de vingt et un ans..."

5° Réforme de la police.

II. — On peut atteindre la syphilis par l'organisation du service médical civil.

1° Service du dispensaire assuré conjointement par deux médecins, l'un chargé de l'examen du foyer génital, l'autre de l'examen du foyer buccal et de la surface cutanée.

2° Examen hebdomadaire de toutes les prostituées, et deux fois par semaine examen des prostituées syphilitiques.

3° Organisation du traitement systématique d'office chez toutes les prostituées syphilitiques, dans le but de stériliser la vérole. Injection d'huile grise le jour de la visite, aux périodes systématiquement fixées.

4° Principe du traitement gratuit de la syphilis et des maladies vénériennes. Consultations hospitalières, bureau de bienfaisance...

B. — Prophylaxie militaire.

1° Attirer l'attention du commandement sur la nécessité du nettoyage des environs des quartiers et établissements militaires, surtout la nuit.

2° Consigner impitoyablement à toutes les troupes de la garnison tout délit suspect servi par des femmes, dans lequel aurait été dûment établi un cas de contamination syphilitique génitale.

3° Importance de l'exactitude de la déclaration.

4° Secret professionnel.

5° Traitement systématique de la syphilis.

(Bull. méd.)

Traitement de la syphilis par les injections d'hermophényl

M. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, a publié récemment, dans le *Marseille médical*, vingt-six observations de syphilis, qu'il a traitées par les injections d'hermophényl.

Ce sel de mercure est un oxyde de mercure dissous dans du phénol disulfonate de sodium. Ses propriétés chimiques et physiologiques, sa valeur antiseptique et

ses applications à la chirurgie qui ont été bien mises en évidence par MM. Lumière, Chevrotier, Perrin, Bérard (de Lyon), etc., sont déjà connues de nos lecteurs.

Etant donné la grande solubilité de l'hermophényl, l'absence d'induration et d'abcès après les injections intramusculaires, M. H. Reynès a eu l'idée d'essayer ce sel en injection dans le traitement de la syphilis.

Il a employé la solution suivante :

Hermophényl 0g05 centigrammes.
Eau distillée..... 10 grammes.

Cette solution est facile à obtenir ; elle présente parfois au moment de la préparation un léger trouble qui ne tarde pas à disparaître.

De cette solution, titrée à un demi-centigramme pour un centimètre cube. M. Reynès injecte 4 centimètres cubes : ces 4 centimètres cubes contiennent donc 0g02 centigrammes d'hermophényl représentant huit milli-grammes de mercure métallique.

La solution est si limpide, si facilement absorbable que M. Reynès en est arrivé à ne plus faire d'injections intra-musculaires mais des injections sous-cutanées, ce qui simplifie singulièrement le traitement et permet de faire les injections au bras au lieu de la région fessière.

Chez les 26 malades dont M. Reynès relate l'observation, il est arrivé à un total de 100 piqûres sans avoir observé aucun abcès, aucune induration, aucune pigmentation de la peau. L'injection est très rapidement résorbée et ne laisse aucune trace, elle est absolument indolore.

Chez tous les malades de M. Reynès, dont les uns appartenaient à la période primaire, les autres à la période second-tertiaire, les résultats thérapeutiques ont été excellents.

(Gaz. des hôp.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Les révulsifs.

La révulsion est un des modes de traitement les plus anciens et cependant les plus en honneur aujourd'hui encore. Quoiqu'on ne soit pas encore arrivé à expliquer son action d'une façon complètement satisfaisante il n'en est pas moins incontestable que son effet favorable existe et ne présente pas de dangers si on prend certaines précautions.

La révulsion est surtout active contre la douleur et contre la congestion.

Dans le premier cas, on admet volontiers que la douleur artificielle et passagère que procurent les agents révulsifs vient en quelque sorte contre-balancer et faire cesser le mal primitif. Dans ces circonstances la révulsion agit-elle par une simple action de voisinage, on serait tenté de le croire ; cependant, si l'on remarque

que l'endroit du système nerveux où il semble rationnel d'admettre la naissance de l'élément douleur n'est pas le tronc nerveux, ni même sa terminaison, mais la cellule nerveuse, elle-même, les choses se compliquent.

Actuellement on considère la douleur comme un état spécial de la cellule nerveuse qui peut se maintenir parfois très longtemps, d'autrefois apparaît et disparaît sous des influences diverses. Cet état se produirait spécialement à la suite d'irritations fortes ou continues des nerfs sensibles, ce serait jusqu'à un certain point une fatigue de la cellule nerveuse. Les médicaments analgésiques auraient un effet spécial sur ces cellules et rétabliraient l'espèce de défaut d'équilibre qui serait apparu entre les éléments physiques ou chimiques qui la constituent ; la révulsion agirait en rétablissant de même l'équilibre en modifiant les rapports que les cellules nerveuses voisines ont entre elles.

Comme on le voit, il n'y a rien de bien précis dans ces explications ; ce sont des hypothèses assez vraisemblables parce qu'elles s'appuient sur un certain nombre de faits, mais il leur manque la consécration de l'expérience directe et la découverte microscopique ou autre de l'altération qui fait d'une cellule normale une cellule pathologique douloureuse.

L'effet de la révulsion sur l'état congestifs'explique mieux parce qu'il est plus objectif. En provoquant une vasodilatation violente en un endroit de la peau on provoque un afflux de sang en cet endroit et l'on se dit qu'il y a action directe sur les rameaux collatéraux des artérioles intéressées, par exemple une artère envoie à la fois des branches à la peau et aux muscles sous-jacents. Si on détermine un appel de sang dans le réseau cutané, il en résultera vraisemblablement une anémie au moins temporaire dans le réseau profond. Les choses ne doivent cependant pas être d'une si grande simplicité, il est vraisemblable qu'il se produit ici des réflexes vasomoteurs et peut être encore d'autres actions. On sait que le système nerveux à une influence si marquée sur la nutrition que ce n'est peut-être pas trop s'avancer que de dire qu'il ne produit aucun acte chimique dans l'organisme vivant si ce n'est sous son influence.

Cela étant, on conçoit qu'il puisse exister certains réflexes trophiques augmentant ou diminuant l'effet de l'influx nerveux. Ceci a surtout de la valeur au point de vue de la résistance à l'infection, car cette idée s'appuie sur des expériences précises ; si on injecte sous la peau d'un animal sain certains microbes atténués, il ne se produit pas d'infection, au contraire, l'inflammation est de règle dans les cas où on a pris la précaution de sectionner les nerfs du membre injecté.

Voyons quels sont les principaux révulsifs. Nous avons d'abord le vésicatoire, dont on a dit tant de bien et tant de mal. Les qualités du vésicatoire sont d'exercer une révulsion très forte et une soustraction de lymphes plus ou moins abondante ; de plus il donne lieu à l'absorption de cantharidine, c'est-à-dire d'un principe toni-

que et excitant ; enfin, il enlève l'épiderme et permet d'appliquer ainsi sur le derme à nu des principes médicamenteux analgésiques.

À côté de cela, c'est peut être le révulsif qui offre le plus d'inconvénients parce qu'il occasionne une véritable plaie sujette à s'infecter et à aggraver ainsi l'état du malade. Par le fait même qu'il entame l'intégrité de la peau, on ne peut en renouveler fréquemment l'application ; enfin, son très grand défaut est d'irriter vivement les reins et la vessie et de provoquer des complications sérieuses chez les malades qui ont ces organes quelque peu touchés. De là la coutume de faire saupoudrer de camphre le vésicatoire dans l'idée, exacte ou non, que ce produit empêchera l'action nocive sur les reins ; de là aussi l'excellente pratique, malheureusement peu suivie, de toujours faire une analyse d'urine avant d'appliquer ce traitement.

L'ammoniaque est un alcali qui détruit l'épiderme et dissout les albuminoïdes : on le recommande aussi comme révulsif. Pour s'en servir, on en imbibe de la ouate hydrophile, on fait écouler l'excès de liquide, puis on applique sur la peau sous un tissu imperméable ; l'ammoniaque présente l'avantage de ne pas irriter la vessie.

Les rubéfiants sont surtout la teinture d'iode, l'essence de moutarde et les piments.

La teinture d'iode peut être mieux dosée que la plupart des autres révulsifs. Pour obtenir un effet marqué entraînant la chute de l'épiderme, il faut que l'on applique au moins trois couches l'une au-dessus de l'autre ; la peau prend alors une teinte acajou foncé. Ce médicament est excellent parce qu'on l'a presque toujours sous la main, parce qu'il agit bien et que l'on peut en répéter fréquemment l'application ; de plus, il donne lieu à l'absorption d'une certaine quantité d'iode, ce qui est favorable dans les cas d'exsudats articulaires ou pleuraux tardant à guérir.

Afin de pouvoir appliquer tous les jours de la teinture d'iode sans détériorer la peau, il faut, non pas l'appliquer en surface étendue mais en lignes parallèles. L'intervalle de peau saine entre les lignes de teinture d'iode se congestionne et participe légèrement à la révulsion, mais l'avantage consiste surtout en ce fait que le lendemain on peut appliquer le médicament sur les lignes restées libres la veille et le surlendemain sur les anciennes lignes qui ont eu quelque peu le temps de se cicatriser.

La farine de moutarde est d'un usage courant, lorsqu'on la met au contact de l'eau elle devient le siège d'une fermentation rapide qui donne lieu à l'essence de moutarde. Il en résulte que si on veut obtenir le maximum d'effet, il faut employer non pas de l'eau chaude mais de l'eau tiède, sans quoi on brûle le ferment. De sorte que si on prescrit un bain de pieds à la moutarde, il faut toujours avoir la précaution d'avertir les gens et leur conseiller de ne verser la farine dans l'eau que lorsque

celle-ci commence à se refroidir. Le même conseil est applicable à l'emploi des cataplasmes sinapisés.

La farine de moutarde a l'avantage de provoquer rapidement une rubéfaction très forte et de ne pas détériorer la peau. Ses propriétés sont parfois employées pour ramener la sensation de chaleur chez les personnes anémiques ou dyspeptiques qui ont fréquemment froid aux pieds.

Dans ce but on leur recommande de saupoudrer l'intérieur de leurs bas avec de la farine de moutarde sèche, la transpiration provoque petit à petit la fermentation et amène ainsi une légère rubéfaction.

Les piments sont surtout employés contre la douleur névralgique ou rhumatismale ; on les emploie sous forme de teinture ou de ouate thermogène.

Les ventouses constituent peut-être le meilleur des révulsifs. Ce sont de petits recipients en métal ou en verre dans lesquels on fait un vide relatif au moyen de la chaleur puis que l'on applique sur la peau ; le vide tend à se combler sous l'influence de la pression atmosphérique, on voit la peau faire une saillie plus ou moins forte à l'intérieur, les vaisseaux se dilatent, les capillaires se déchirent même et donnent lieu à une ecchymose. Si on laisse la ventouse longtemps en place (20 minutes à une demi heure,) il se forme des ampoules et l'endroit sur lequel se trouve appliqué l'appareil s'œdématie considérablement. Ce procédé est rapide et énergique : il agit pendant quelques heures et peut être répété tous les jours.

Les ventouses sont souvent appliquées par des industriels quelconques qui se soucient fort peu de l'antisepsie et vont de l'un à l'autre, transportant, sans plus de façon les séries de microcoques, pneumocoques, streptocoques et autres microbes.

Le médecin doit donc veiller à ce que ces utensiles soient bien désinfectés. A la campagne on n'applique guère de ventouses parce que les accoucheurs et les applicateurs y sont rares. Le praticien doit être à même de les appliquer lui-même ; le procédé est des plus simples. On place le malade dans une position assez commode pour qu'il puisse la garder environ une demi-heure ; on humecte la peau avec un linge mouillé d'eau tiède, on allume une lampe à alcool et on tire la mèche de façon à avoir une très grande flamme ; on tient cette lampe de la main gauche, à une vingtaine de centimètres de la peau, puis on applique d'abord la ventouse sur la flamme, de façon à ce que celle-ci la remplisse complètement, puis on l'applique immédiatement sur la peau en appuyant assez fort. La flamme a fait le vide et l'appareil tient de lui-même.

Si on ne possède ni ventouses ni lampe à alcool, on peut se servir très avantageusement de verres de ménage, même de gobelets à bière. On place au fond de chacun un fragment de papier imbibé de quelques gouttes d'éther et de naphthé ; on écarter la bouteille, puis on allume le premier verre ; on applique, puis le second et ainsi de

suite. Il faut s'assurer que le bord du verre n'est pas tranchant et n'est pas ébréché.

(Gaz. méd. belge.)

De l'action hypodermique du serum antidiphthérique.

par M. le Dr RENOUX.

La sérothérapie antidiphthérique attirant toujours l'attention des praticiens, il est bon de mettre en évidence un point sur lequel on ne s'est pas assez appesanti et qui cependant a son importance à tous les points de vue ; on ne s'est pas assez occupé de la durée de l'action immunisante résultant des injections du sérum. Le cas suivant montrera que l'antitoxine diphthérique n'agit pas longtemps et que les bacilles cantonnés dans l'isthme bucco-pharyngien y vivent à l'état latent, attendant que le sérum ait perdu toute sa puissance pour reprendre leur attaque plus violente et plus meurtrière.

Je fus appelé auprès d'une petite fille de quatre ans atteinte d'angine diphthérique, et j'utilisai, en plusieurs injections, environ quatre vingt centimètres cubes de sérum ; l'état général s'améliora en même temps que les fausses membranes disparurent, et bientôt il ne resta plus que de la raucité de la voix et une paralysie incomplète du voile du palais. L'enfant redevint rosée ; bref, tout marchait à souhait, lorsque trois semaines après, je fus prévenu que la petite malade avait une rechute. Aussitôt rendu à son chevet, je fus effrayé du changement produit brusquement.

L'enfant avait le teint plombé, les yeux égarés ; l'examen de la gorge me montra l'existence de fausses membranes. Une injection de sérum pratiquée sans retard resta sans effet ; la malade vit son croup évoluer très rapidement ; le soir même elle s'éteignit, mourant de sa gorge et de sa toxémie.

De ce cas si grave de diphthérie se dégage la notion de la durée éphémère de la puissance du sérum ; trois semaines ont suffi, en effet, pour permettre aux bacilles de reprendre leur vitalité première, et, pendant ce laps de temps, on aurait dit qu'ils emmagasinaient des doses énormes de virulence, tels des accumulateurs recélant dans leur masse de l'électricité, afin de jeter, libres de toute action contraire, une toxine plus puissante dans le torrent circulatoire et de provoquer ainsi une mort presque foudroyante.

(Indep. méd.)

Traitement du lupus vulgaire et du cancer par la congélation au moyen du chlorure d'éthyle.

Au dernier Congrès des naturalistes et des médecins allemands, M. Arning (*Therap. der Gegenw.*) a présenté un cas de lupus vulgaire des deux joues dans lequel notre confrère a expérimenté, sur la joue droite seule-

ment, le traitement par la congélation d'après le procédé d'un dermatologiste danois, M. Dethlefsen. Ce procédé, fort simple et nullement douloureux, consiste à soumettre, tous les deux ou trois jours, les placards lupiques à l'action d'un jet de chlorure d'éthyle qu'on fait agir pendant une minute environ à partir du moment où survient la congélation des tissus morbides. On panse ensuite avec une pommade indifférente. Le résultat obtenu chez le malade en question, après dix-huit séances, semblent excellent : tous les nodules lupiques ont disparu, se trouvent remplacés par des cicatrices lisses, et la guérison paraît définitive.

D'après M. Arning, M. Dethlefsen et M. le professeur Howitz, de Copenhague, seraient parvenus à guérir plusieurs tumeurs cancéreuses, notamment des cancers de la portion vaginale du col utérin, par des applications de chlorure d'éthyle faites jusque dans les parties les plus profondes du néoplasme. A cet effet on enfongait, en divers points de la tumeur, une pince tenue d'abord fermée et qu'on ouvrait ensuite, le jet de de chlorure d'éthyle étant dirigé entre les branches écartées de l'instrument.

(Bull. méd.)

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE

par J. W. LECOURE,

Professeur de matière médicale et de pharmacie

à l'École de pharmacie de Montréal.

Sous le titre de *Notes de Pharmacie Pratique*, nous publierons de temps en temps, de courtes observations sur l'art de formuler, sur les incompatibilités chimiques et pharmaceutiques, sur la pharmacologie et la pharmacotechnie.

Nous signalerons l'apparition des médicaments nouveaux et dénoncerons, à l'occasion, les faux "nouveaux médicaments", préparations trompeuses sinon frauduleuses et dont il existe un certain nombre.

Nous donnerons des formules choisies et des résumés tirés de la presse pharmaceutique. Enfin un miscellanée de bouts d'articles d'intérêt médico-pharmaceutique.

Nous répondrons aussi, dans la mesure de nos forces, aux questions que l'on voudra nous poser concernant les sujets de notre compétence. Ces questions devront être signées et adressées à J. E. W. Lecours, pharmacien, 370, rue Craig, Montréal.

Réponse au Dr C. R. J. — Adressez vous à Mess. Paterson et Foster, 15 Square Phillip, Montréal; ou à la Montréal Dental Supply Co., 971 rue Dorchester, Montréal. Ces maisons vous fourniront tous les renseignements demandés au sujet des instruments, substances, prix, etc., nécessaires pour l'exercice de l'art dentaire.

Nous vous prions de nous pardonner le retard ap-

porté à répondre à votre lettre, et vous promettons plus de diligence à l'avenir.

Réponse au Dr G. G. d'A. Me. — La créosote forme des combinaisons avec certains acides, ces produits sont quelquefois connus sous des noms propres ou de commerce. Ainsi, le Créosotal est le carbonate de créosote. Le Phosphotal est le phosphite. Le Phosote est le phosphate. L'Eosote est le valerianate, et le Tannosal le tannate. Tous ces composés sont en vente dans les pharmacies.

FORMULAIRE

Otite moyenne de la rougeole et de la scarlatine.

M. Comby. — Prophylaxie. Pas d'irrigations nasales, qui peuvent entraîner les germes septiques à travers la trompe dans la caisse.

Larges pulvérisations pour inonder les muqueuses d'un torrent de vapeur d'eau boriquée qui fait tousser et cracher le malade.

Instillations d'huile mentholée :

Menthol..... 0 gr. 25 centigr.
Huile d'amandes douces 10 grammes.

Une ou deux gouttes matin et soir dans chaque narine.

Ou pommades antiseptiques, thymolée ou boriquée. Badigeonnages dans la gorge avec :

Glycérine..... 20 grammes.
Résorcine..... 2 —

Ou :

Glycérine..... 20 grammes.
Borate de soude..... 10 —

Répéter les badigeonnages tous les jours, plusieurs fois par jour.

Si l'otorrhée survient, grandes irrigations avec le bouk ou l'irrigateur, d'un litre ou deux d'eau boriquée.

Puis insuffler un peu de poudre d'acide borique dans le conduit auditif externe et obturer avec un tampon d'ouate.

(Indép. méd.).

Pommade contre les crevasses du sein.

R. Menthol..... 1 gr. 50
Salol..... 2 gr.
Huile d'olive..... 2 gr.
Lanoline..... 50 gr.

En onctions, 2 fois par jour.

(J. de méd. de Paris).

Travaux Originaux

OPERATION CESARIENNE.

par ALBERT LAURENDEAU, M. D.

Le 11 octobre dernier, j'ai pratiqué, avec le concours de mes confrères les Drs H. Archambault et J. E. La fontaine, une césarienne pour la seconde fois chez madame N. Richard. J'avais déjà opéré cette même femme le 25 octobre 1897 ; et pour tous les détails sur l'historique de ce cas, je réfère à l'*Union Médicale* (vol. 3 n° 2, février 1898).

Je me contenterai ici, de faire quelques remarques, spécialement à l'adresse de mes confrères exerçant à la campagne.

L'on pourrait croire que l'hystérotomie est une opération difficile ; que l'on se détrompe. La laparotomie médiane sur la ligne blanche et l'ouverture de l'utérus sont plus faciles que la symphyséotomie. En effet, dans la première opération, nous tombons directement sur l'utérus très volumineux, aucun autre organe ne peut être lésé, et un peu d'attention suffira pour éviter la vessie, surtout, si l'on a eu la précaution de la vider avant d'intervenir. La seule complication pouvant un peu effrayer un praticien peu habitué à faire de la chirurgie, est l'hémorrhagie. J'ai dit déjà dans ma communication de décembre 1897, et je répète encore aujourd'hui que rien n'est plus facile que de contrôler cette hémorrhagie en nappant que donne l'hystérotomie, par la solution de gélatine boriquée. Cette solution (eau bouillie gélatinée à 8 % et boriquée à 3 %) peu servir, et de fait je m'en sers dans toutes les opérations où un grand nombre d'artérioles sont intéressées, telles les opérations sur le cuir chevelu, tumeurs érectiles de nature angiomateuse, chez les très jeunes enfants, etc.

La solution gélatinée vaut comme hémostatique le perchlorure de fer sans en avoir les inconvénients.

Dans le cas qui nous occupe maintenant, j'ai observé une singulière petite complication : la cicatrice utérine suite de la première césarienne, avait cédée sur environ un pouce de longueur à sa partie moyenne, et les membranes amniotiques faisaient hernie sous la paroi abdominale. Il m'a semblé que durant une contracture utérine que j'ai eu lieu d'observer après la laparotomie, ces membranes herniées étaient prêtes à se rompre. Je n'ai aucun doute que quelques heures de temporisation eussent amené cette rupture.

Une question qui nous met souvent à la torture, nous, médecins ruraux, éloignés des grands centres, loin par conséquent des hôpitaux, où toutes les facilités que donne l'outillage moderne, l'aide nécessaire pendant l'opération et la convalescence, est de savoir comment s'y prendre pour faire de l'asepsie et de l'antisepsie ?

Voici ma manière de procéder ; elle n'est pas parfaite sans doute, la perfection n'est pas de ce monde, mais elle a le mérite d'être à la portée de tous, et d'ailleurs je m'en suis bien trouvé. J'ai pratiqué des laparotomies, des appendicectomies, ablation des annexes pour salpingites suppurées, hystéropexies, etc., et je crois que ma statistique est aussi favorable que celle des hôpitaux. Mon verre est petit, mais je bois dans mon verre.

Voici donc comme je m'y prends ; et c'est très simple : Je commence par déposer tous les instruments qui devront me servir, dans une lèche-fritte métallique, émaillée de préférence. Je place cette lèche-fritte et son contenu dans une grande chaudière, comme toutes les familles en ont pour faire le blanchissage de leur linge, je mets dans cette même chaudière quelques morceaux de coton d'une verge carré environ, puis j'ajoute quelques seaux d'eau ; je mets le tout sur le poêle et je fais bouillir vingt à trente minutes. De sorte que le tout, après cette ébullition : coton servant à reconvrir les parois abdominales, etc., instruments, sont passablement aseptisés. De plus, et qui n'est pas à dédaigner, nous avons ainsi à notre disposition une bonne provision d'eau bouillie. C'est plus élémentaire qu'un autoclave, mais d'un autre côté, c'est moins dispendieux et plus portatif.

Maintenant, pour ce qui est de l'asepsie des mains, ce que je considère comme très important, voici comment je procède : Je prépare quatre plats, le n° 1 contenant de l'eau bouillie pure, le n° 2 une solution de bichlorure de mercure au millième, le n° 3 de l'alcool, et enfin le n° 4 de l'eau bouillie. Je commence par me laver les mains les ongles et avant-bras longuement, avec savon et brosse dans le n° 1, puis je passe aux n° 2 et 3 successivement, je reviens ensuite au n° 2 et enfin je termine par le n° 4. Même chose pour la partie à opérer. Et voici : par le premier lavage, au savon et à la brosse, j'enlève toutes les saletés de l'épiderme, autour et sous les ongles, par le second au bichlorure, je détruit les microbes à la surface, par le troisième à l'alcool, j'enlève la matière grasse de l'épiderme, ce qui facilite la pénétration de la solution antiseptique dans l'épiderme jusqu'à la matrice des follicules pileux, ce que je fais en revenant au n° 2 ; enfin je termine en me passant les mains à l'eau

pure aseptique, parce que tous les antiseptiques lésant les tissus sous-dermiques, la cellule physiologique, et les mains de l'opérateur doivent être aseptiques et non antiseptiques.

Bref, pour en finir, comme la première fois, j'ai suturé l'utérus au gros catgut, sans traverser entièrement ses parois. et j'ai fermé ma laparotomie comme à l'ordinaire. La malade est guérie sans une goutte de suppuration et aujourd'hui, six semaines après l'opération, elle commence à vaquer à ses occupations.

Saint-Gabriel de Brandon.

Revue des journaux

CHIRURGIE

L'embolie de l'artère mésentérique.

Le Dr Gallavardin a fait dans la *Gazette des hôpitaux* une étude complète des thromboses et embolies des vaisseaux mésentériques. Ces troubles effectent parfois des symptômes assez nets lorsqu'ils sont nombreux et se complètent les uns les autres, mais il en est rarement ainsi ; aussi le diagnostic est-il habituellement très difficile à poser. Dans la plupart des cas, l'infarctus de l'artère mésentérique reste insoupçonné et le médecin croit avoir affaire à une obstruction intestinale.

C'est l'artère mésentérique supérieure qui est habituellement le siège de l'infarctus, soit dans son tronc, soit dans une de ses branches terminales, l'artère mésentérique inférieure est très rarement atteinte.

Voici la symptomatologie des cas typiques où les symptômes sont complets :

Le *début* est d'ordinaire brusque ; c'est ce qui ressort nettement de la plupart des observations. Il y a lieu de cette façon soit que le malade soit confiné au lit, en état d'asystolie par sa lésion cardiaque progressive, soit qu'il puisse encore vaquer à ses occupations.

Le premier symptôme est la *douleur*. Cette douleur abdominale est violente, subite et siège dans la partie médiane de l'abdomen ; il arrive que les maladies la localisent d'une façon précise dans la région immédiatement sus-ombilicale. Ce symptôme inaugure la scène clinique et va persister jusqu'à la mort. Ces douleurs abdominales affectent bientôt une forme paroxystique ; elles surviennent par crises d'une durée de cinq à dix minutes et séparées par des intervalles à peu près égaux. Elles peuvent être d'une violence extrême et, d'abord localisées au centre de l'abdomen, ne tardent pas à irradier dans les deux fosses iliaques par suite de la généralisation des phénomènes inflammatoires au péritoine tout entier,

Les *vomissements* surviennent rapidement, c'est du reste là le symptôme de réaction commun, à toutes les atteintes péritonéales ou intestinales. Ils sont d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux, mais, fait caractéristique, ils peuvent devenir sanglants. En effet, si l'infarctus intestinal commence de suite au-dessus du duodénum, le liquide sanguinolent exsudé dans la cavité digestive, peut comme la bile, refluer dans l'estomac et être éliminé à l'extérieur.

Les *hémorragies intestinales* sont un des principaux symptômes de cette forme et un des plus caractéristiques. Elles apparaissent parfois très rapidement après le début de l'embolie, parfois moins de dix à douze heures après ; elles sont, en général, assez abondantes et surtout à répétition, se prolongeant pendant toute la durée de l'affection. Le liquide qui le constitue est assez rarement du sang pur, mais plus souvent un liquide séro-sanguinolent. Ce sang si l'on en croit Gehrardt et Hégar serait noir et poisseux dans les cas d'embolie de la mésentérique supérieure, et au contraire rouge dans le cas d'embolie de la mésentérique inférieure. Dans un cas d'embolie de cette dernière artère, Gehrardt aurait même vu au spéculum le sang sourdre de la muqueuse rectale.

La *diarrhée* ne manque à peu près jamais, elle précède les hémorragies intestinales et en tient lieu en quelque sorte lorsque celles-ci font défaut. Il se peut, en effet, qu'au niveau de la muqueuse, siège de l'infarctus, ce soit seulement du liquide séreux qui s'écoule sans raptus sanglant suffisant pour teindre d'une façon appréciable le contenu intestinal. Dans ce cas, la diarrhée est abondante, profuse, jaunâtre et peut s'accompagner d'incontinence rectale ; on a signalée des évacuations à odeur fétide et gangréneuses dans certains cas de nécrose avancée et étendue des tuniques intestinales.

Bientôt le *météorisme* survient, le ventre se ballonne ; l'état général faiblit rapidement et le malade, soit à cause des douleurs abdominales violentes, soit du fait de l'inflammation péritonéale généralisée et de la diarrhée, prend le *facies abdominal* ; les traits se tirent, les yeux s'excellent, le pouls s'affaiblit. L'*hypothermie* a été signalée par Küssmaul et considéré par lui comme un signe caractéristique. La *mort* survient au cours de ce cortège abdominal, presque toujours du troisième au cinquième jour, et laisse en général le diagnostic assez incertain. On hésite jusqu'à ce que l'autopsie est livré le secret de l'énigme entre une appendicite de forme un peu anormale une péritonite de cause indéterminée, une affection intestinale ulcéreuse plus ou moins latente avec perforation subite.

Ainsi présenté, cependant le tableau, clinique offre un aspect assez spécial et l'on conçoit que, si l'on est au courant de la signification de cette symptomatologie, si d'autre part le malade présente les signes d'une lésion valvulaire cardiaque, et parfois la trace d'autres manifestations emboliques antérieures ou concomitantes, on

puisse risquer le diagnostic de l'oblitération mésentérique.

La facilité ou, pour mieux dire, la possibilité du diagnostic dépend évidemment de la forme symptomatique que revêt l'affection. Impossible dans les cas de symptomatologie incomplète et larvée, surtout lorsque les hémorragies intestinales font défaut, il devient possible lorsque la symptomatologie est au complet. Ce diagnostic put ainsi être fait dans quelques cas notamment dans ceux de Küssmaul, de Groskurth.

Les éléments du diagnostic ont été résumés ainsi par Gehhardt et Küssmaul :

1. Existence quelque part d'un lieu d'origine pour les embolies (maladie valvulaire, athérome aortique) ;
2. Hémorragies intestinales abondantes, ne pouvant être attribuées ni à une affection de la muqueuse intestinale, ni à un obstacle à la circulation porte ;
3. Chute rapide de la température centrale ;
4. Douleurs abdominales paroxystiques et très violentes ;
5. Tympanisme et parfois apparition des signes d'un épanchement péritonéal ;
6. Existence antérieure ou concomitante d'autres embolies artérielles dans d'autres départements vasculaires (gangrène d'un membre, hémiplégie) ;
7. Parfois sensation d'une tuméfaction dans l'épaisseur du mésentère due à une collection sanguine.

Traitement. — De tous les infarctus viscéraux, l'infarctus intestinal est certainement le seul qui, de par sa situation, se prête à une intervention chirurgicale. C'est aussi le seul qui en ait véritablement besoin, par suite des complications septiques qui l'accompagnent et de leur propagation fatale à la séreuse péritonéale.

Théoriquement on peut dire que l'ablation large de l'anse intestinale siège de l'infarctus est aussi souhaitable, aussi nettement indiquée que la résection d'une anse grêle herniée et gangrénée. Pratiquement on avouera que l'indication opératoire est un peu plus difficile à poser, le plus souvent c'est seulement au cours de l'intervention ou après, à l'autopsie, que l'on constate l'absence d'obstruction véritable et la véritable cause des accidents. Ce pronostic n'est pas forcément fatal, mais il est excessivement grave.

(Gaz. méd. belge.)

OBSTETRIQUE

Diagnostic des grossesses gemellaires

par M. MAYGRIER.

(Suite.)

Vous pouvez donc faire le diagnostic de la gemelliparité pendant la grossesse, soit par le palper, soit par l'auscultation, soit par ces deux moyens réunis.

Le toucher simple ne sera guère utile, mais le toucher combiné au palper vous donnera des renseignements très précis sur l'existence de deux fœtus, car si le toucher vous fait sentir un sommet engagé, par exemple, l'autre main peut trouver le second fœtus, tandis que le premier reste immobile. Quand les fœtus sont superposés et quand il y a hydramnios de l'œuf supérieur, le toucher et le palper combinés permettront encore d'établir le diagnostic, car la fluctuation ne pourra être transmise d'une main à l'autre et restera circonscrite au fond de l'utérus (Budín, Trachet).

Parmi les cas où une grossesse simple peut être prise pour une grossesse double, je vous signalerai tout particulièrement celui dans lequel un fœtus volumineux mais unique se présente par le sommet en O.I.G.P. On trouve souvent deux foyers distincts de bruits du cœur, l'un situé en arrière et à gauche, qui correspond au plan latéral droit du fœtus, l'autre situé en arrière et à droite qui est transmis à l'oreille par la colonne vertébrale de la mère. Si vous êtes seul et que vous trouviez un nombre différent de pulsations en chacun de ces foyers, vous pourriez croire à l'existence de deux fœtus. Il est utile d'être prévenu de cette cause d'erreur. Mais vous ne la commettrez pas si vous voulez bien vous souvenir que les deux seuls signes certains de gemelliparité consistent, je vous le répète, dans la constatation de trois extrémités fœtales par le palper et de deux foyers de bruits cardiaques par deux observateurs auscultant simultanément.

Le diagnostic restera souvent douteux dans les cas de grossesse simple compliquée d'hydramnios, de certaines tumeurs juxta-utérines simulant un deuxième fœtus, de kystes de l'ovaire, fibromes, cornes utérines d'un volume exagéré. Il faudra toujours en revenir aux deux signes précédemment indiqués pour poser un diagnostic ferme.

Telles sont les considérations que je voulais vous exposer relativement au diagnostic de la grossesse gemellaire pendant la grossesse. Peut-on faire ce diagnostic pendant le travail ? Beaucoup plus difficilement, parce que les contractions utérines gênent le palper et l'auscultation. On en est réduit alors parfois au diagnostic dit "de Capuron," c'est à dire à ne reconnaître la présence d'un second jumeau qu'après la naissance du premier. Cependant on doit s'efforcer de le faire, en auscultant, et en palpant dans l'intervalle des contractions. Il y a un cas particulier où il devient très facile, c'est lorsqu'on trouve par le toucher deux pochos des eaux séparées par un sillon. Ce fait a été signalé par Dugès, Depaul, Auvard, et je l'ai vérifié dans plusieurs cas.

J'arrive à une autre variété de diagnostic, le *diagnostic rétrospectif*, qui se fait par l'examen de l'arrière-faix. Cet examen permet d'abord de vérifier la situation qu'occupaient les fœtus dans la cavité utérine, juxtaposés, superposés... Mais il nous met en outre en mesure de reconnaître à quelle forme de grossesse double on a eu

affaire, c'est-à-dire quel a été le mode de production de celle-ci, question qui a été très étudiée depuis un certain nombre d'années, principalement par Schatz, Kustner et Bar. On divise aujourd'hui les grossesses gémeillaires en deux classes : les *bivitellines* et les *univitellines*. Dans les cas les plus fréquents, il y a fécondation de deux ovules, ceux-ci provenant soit des deux ovaires, soit d'un seul, parfois même issus d'un même ovisac : ce mode de fécondation donne lieu aux grossesses gémeillaires bivitellines. Dans les autres cas, la grossesse résulte de la fécondation d'un seul ovule contenant deux vésicules germinatives, ou bien de la pénétration de deux spermatozoïdes dans le même ovule, ou bien encore, fait plus rare qui a été signalé dans ces derniers temps, de la fécondation de l'ovule par un spermatozoïde à double noyau. Dans ces différentes circonstances, la grossesse est dite univitelline. Or la conformation différente des œufs permet parfaitement de reconnaître, par l'examen de l'arrière-faix, à quelle espèce de grossesse gémeillaire on a eu affaire. En effet, dans les grossesses bivitellines, on trouve des œufs indépendants l'un de l'autre, possédant chacun un chorion et un amnios qui leur est propre; les placentas peuvent être séparés par un pont de membrane ou s'accoler par leurs bords, mais les deux circulations ne communiquent pas ensemble.

On constate une disposition toute différente dans la grossesse univitelline: les deux œufs sont renfermés dans un chorion commun et séparés par une cloison purement amniotique; les deux placentas forment une seule masse et sont unis par des anastomoses superficielles et profondes, signalées par Schatz. La cloison peut même dans certains cas se résorber, et c'est alors que se produisent des monstres par soudure; des deux embryons; en un mot, la grossesse univitelline est une grossesse pathologique.

Les différentes dispositions que je viens de vous exposer sont très nettes sur les arrière-faix que je fais passer sous vos yeux.

En outre, il arrive très souvent, dans la grossesse univitelline, qu'un fœtus est beaucoup plus développé que l'autre, on lui a donné le nom de "transfuseur," par opposition au plus petit qui est le "transfusé." Ces deux fœtus sont toujours de même sexe. Le fait le plus essentiel au point de vue pratique est la communication des deux circulations placentaires, car il importe au moment de la délivrance de ne pratiquer la section du cordon du premier né qu'entre deux ligatures pour éviter une hémorragie avec un second jumeau. Notons qu'on peut trouver aussi des fœtus de poids différent dans les grossesses bivitellines, quoique leur circulation soit indépendante, mais ici il y a lieu d'invoquer la superfétation qui est dans certains cas très nettement établie.

En résumé, ce que vous devez retenir de cette leçon, c'est que le diagnostic de la grossesse gémeillaire peut s'établir pendant la grossesse, plus rarement et difficile-

ment pendant le travail de l'accouchement et qu'il doit être basé uniquement, pour pouvoir être affirmatif, sur les signes fournis par le palper et l'auscultation que je vous ai indiqués.

(Gaz. des hôp.)

Les causes de la mort du fœtus pendant la grossesse.

M. le Dr Sentex a consacré sa thèse à une étude statistique des plus intéressantes basée sur 617 observations relevées à la Clinique Baudelocque dans laquelle il y a eu mort du produit de la conception pendant la grossesse.

Un premier fait résulte de ces recherches, qui viennent d'ailleurs confirmer un point connu, c'est l'influence énorme de la syphilis sur cette mortalité. En ne prenant dans cette statistique que les faits certains, on voit que c'est elle qui tue le fœtus dans environ la moitié des cas. Il est bien démontré maintenant, ce qu'on n'a pas admis pendant longtemps, que la syphilis du père seul, même sans contamination de la mère, peut amener la mort du fœtus; mais à l'hôpital les faits de cet ordre sont peu nombreux, car il est souvent difficile d'avoir, sur le père, des renseignements très exacts; ainsi sur 264 cas de mort due à la syphilis, M. Sentex n'a trouvé que 9 observations où cette cause fut certaine. Dans la clientèle de ville, on la retrouve beaucoup plus souvent, et cette cause peut être considérée comme fréquente.

Les autres causes d'avortement sont nombreuses dans cette statistique: albuminurie, intoxications, tuberculose, alcoolisme, etc... Mais un point important de ces recherches est précisément le nombre des cas dans lesquels il a été impossible de trouver la cause de la mort du produit de la conception. Il a été de 132; or il est à croire ainsi que le fait remarquer M. Sentex, qu'ici encore la syphilis, et plus particulièrement la syphilis paternelle, doit être soupçonnée le plus souvent. L'observation clinique en fournit d'ailleurs journellement la preuve. Ne voit-on pas souvent, en effet, des femmes, qui, ayant eu à terme, d'un premier père, des enfants vivants et bien constitués, mais devenues enceintes des œuvres d'un autre homme, expulsent, à une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse, un ou plusieurs fœtus morts et macérés.

M. Sentex cite bon nombre d'observations de ce genre. Ces observations présentent un double intérêt. Elles montrent, en effet, non seulement le rôle important du père comme cause de la mort du fœtus, mais font encore entrevoir la grande part qui lui revient dans l'étiologie de ces faits si alarmants et connus sous le nom de *mort habituelle du fœtus*. Et c'est encore à M. le professeur Pinard que revient l'honneur d'avoir l'un des premiers attiré l'attention sur ce point.

Ces faits sont d'autant plus importants à connaître que, dans bon nombre de cas, par une hygiène rigou-

reuse et une thérapeutique sévère, on peut faire cesser un état de choses si alarmant, et obtenir même les résultats les plus heureux. Il en est plus particulièrement ainsi dans les cas où la mort du fœtus est causée par la syphilis paternelle. C'est là, du reste, parmi les causes paternelles, la cause de beaucoup la plus fréquente, si fréquente même, qu'au point de vue pratique, c'est toujours à elle que l'on doit songer toutes les fois que l'on voit une même femme expulser prématurément un ou plusieurs enfants morts. Il ne faut pas hésiter, en pareil cas, à soumettre au traitement spécifique non seulement le père, mais encore la mère, et l'y maintenir pendant toute la durée de la grossesse. On aura alors la très grande satisfaction de voir, sous l'influence du traitement, les grossesses ultérieures évoluer anormalement et se terminer à terme par la naissance d'enfants vivants.

En somme, la syphilis est de beaucoup le facteur le plus important de la mort du fœtus et malheureusement elle augmente de fréquence partout d'une manière incontestable. Comme exemple, M. Sebix cite une petite commune du sud ouest de la France, presque exclusivement habitée par des cultivateurs, où la syphilis, complètement inconnue il y a une dizaine d'années seulement est à l'heure actuelle, selon l'expression imagée d'un médecin de l'endroit, " admise et bien accueillie au foyer de tous ces braves paysans." Ce n'est du reste pas seulement dans les classes ouvrières, comme le voudraient certains auteurs, que cette redoutable maladie se répand de plus en plus. Comme le fait très justement remarquer Fournier, elle n'exerce pas de moindres ravages dans les classes aisées.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

L'enseignement de l'obstétrique à Paris en 1901

par M. le prof. BUDIN.

La première leçon de chaque année scolaire est habituellement consacrée à l'étude d'une question d'ordre plus ou moins général ; je ne dérogerai pas à cette habitude.

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un sujet dont on s'est, en ces derniers temps, beaucoup occupé dans les milieux universitaires et municipaux : de l'enseignement de la médecine. Je vous parlerai donc de l'enseignement de l'obstétrique.

Après vous avoir rappelé brièvement comment il a été organisé jusqu'à l'année 1878, nous verrons quelles sont les réformes qui ont été successivement proposées et apportées depuis cette époque. Je vous montrerai ensuite quelles sont les sources de l'enseignement obstétrical qui existent actuellement à Paris. Enfin, et surtout, j'insisterai devant vous sur l'organisation de cet enseignement à la Clinique Tarnier, pour vous montrer les

nombreux éléments d'instruction dont vous pouvez bénéficier ici même.

C'est le 31 Janvier 1795 que furent institués à Paris les deux premiers professeurs d'accouchements : Leroy, en qualité de professeur titulaire ; Baudelocque, comme professeur adjoint, chargé à la Maternité de l'enseignement des élèves sages femmes. Le premier, qui laissa peu de traces dans l'histoire de l'obstétrique française, mourut en 1816 ; le second, au contraire, le grand Baudelocque, marqua d'une vive empreinte l'étude de l'art des accouchements et fut le maître incontesté de l'obstétrique au commencement du siècle dernier. Il mourut en 1810, peu de temps avant la venue au monde de celui qui devait être surnommé plus tard l'"Aiglon," à la naissance duquel Napoléon l'avait chargé de présider.

Les professeurs qui se succédèrent ensuite dans la chaire théorique d'obstétrique furent : Pelletan, Désormeaux, Moreau, Pajot et Tarnier.

Depuis l'année 1889, le cours théorique d'accouchement, à la Faculté de Médecine, est fait, non plus par le professeur titulaire, mais par un agrégé.

L'enseignement clinique a été fondé en 1823; Deneux fut le premier titulaire de la chaire qui resta virtuelle jusqu'à 1834. Deneux, en effet, n'eut jamais de service ; d'ailleurs, à la suite des événements politiques de 1830, il fut dépossédé de son titre.

C'est à ce moment que fut créé l'Hôpital des Cliniques, place de l'Ecole-de-Médecine. En 1834 un concours eut lieu pour la nomination du premier professeur de clinique obstétricale : ce fut P. Dubois qui l'emporta. Il occupa cette chaire avec un grand éclat jusqu'en 1861. A P. Dubois succédèrent Depaul, de 1862 à 1883, puis Pajot, de 1883 à 1886.

Mais une seule chaire semblant insuffisante, on résolut, après de nombreuses discussions, d'en créer une seconde (1889) ; Tarnier devient le titulaire de l'ancienne clinique, qui avait été transférée rue d'Assas, et M. Pinard inaugura son enseignement à la clinique Baudelocque, où il professe avec le talent que vous savez.

Vous voyez par cet historique combien, jusqu'en 1880, avait été précaire à Paris l'enseignement de l'obstétrique. A cette époque, on faisait à l'hôpital spécial de la Faculté 620 accouchements environ par an, lesquels servaient à la fois à l'instruction des étudiants en médecine et à celui des élèves sages-femmes, 310 accouchements constituaient donc à peu près la seule source d'instruction pratique pour les futurs médecins. Et ce matériel, déjà si restreint, n'était même pas utilisé totalement par les intéressés : les étudiants, en effets, s'ils avaient le droit de faire les accouchements, n'y étaient nullement obligés. Aussi bien, voyait-on la plupart d'entre eux passer leurs examens de doctorat sans avoir jamais examiné une femme enceinte, sans avoir assisté une seule femme en travail !

Il était évident que cette situation ne pouvait durer.

Avant 1880, à côté de la clinique spéciale de la Faculté, existait le service actif de la Maternité, — réservé à l'instruction d'élèves sages-femmes internes, — et à la tête duquel se trouvait un chirurgien des Hôpitaux.

Tous les autres services d'accouchements des hôpitaux de Paris étaient confiés à des médecins, et ils ne constituaient que des annexes de leur service général. En cas d'urgence, on faisait appel à un chirurgien du Bureau central pour pratiquer les opérations obstétricales. Le Conseil municipal de Paris s'émut de cette situation, et, en mai 1878, à l'instigation de M. Bourneville, il invita l'administration de l'Assistance publique à "confier à des accoucheurs les services destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrissons, et à nommer les accoucheurs à la suite d'un concours spécial". Une grande Commission fut instituée pour l'étude de cette question. Le Directeur général de l'Assistance publique me demanda de vouloir bien, par un nouveau voyage à l'étranger, compléter les études que j'avais déjà faites sur l'organisation des services d'accouchements ; de plus, le ministre de l'instruction publique d'alors M. Jules Ferry, me chargea de lui adresser un rapport sur l'enseignement de l'obstétrique dans les différents pays.

Ce rapport fut publié au *Journal Officiel* en 1879.

On y lisait ce qui suit : "C'est à l'enseignement clinique, à l'enseignement recueilli au lit des parturientes, que dans toutes les Facultés on attache la plus grande importance. Partout on exige que les étudiants, avant de se présenter à leurs examens, se soient fait inscrire dans le service de la clinique obstétricale pendant un temps plus ou moins long, un semestre par exemple. On ne se borne pas, en général à cette inscription : les étudiants doivent encore prouver qu'ils ont faits personnellement un ou plusieurs accouchements ; le nombre minimum de ces accouchements est de deux en Hongrie, de quatre en Allemagne, de quatre à trente dans la Grande-Bretagne, suivant le corps examinant et suivant le titre qu'on désire obtenir, de dix à Helsingfors, etc. En Hollande, les étudiants doivent non seulement avoir assisté à dix accouchements normaux, mais encore avoir pratiqué deux accouchements laborieux".

La nécessité de réformes à apporter dans l'enseignement obstétrical à Paris s'imposait donc ; elle fut un des principaux arguments invoqués pour obtenir la création des accoucheurs des Hôpitaux.

L'organisation des nouveaux services projetés devait non seulement avoir pour but l'intérêt bien entendu des malades, mais encore permettre l'instruction pratique des élèves.

Avant 1880, l'enseignement libre de l'obstétrique s'efforçait, à Paris, de compléter l'enseignement officiel. Dès 1876, avec mon collègue Pinard, nous avons fondé, rue Monsieur-le-Prince, un cours qui était très suivi par les étudiants français, par les internes des hôpitaux et par les médecins étrangers. Mais ce cours fatalement

restait théorique ; on y faisait des manœuvres opératoires sur le mannequin, mais on n'y pouvait voir d'accouchements. Aussi quand, en 1877, je me rendis à Vienne pour y passer trois mois, j'y retrouvai mes anciens élèves étrangers qui profitaient du riche matériel de l'Hôpital général, afin d'y faire de la pratique obstétricale.

Il était de toute évidence que l'enseignement chez nous devait être modifié et rendu plus pratique. Comme dans les autres pays, il fallait favoriser l'instruction clinique des élèves et les obliger à pratiquer des accouchements avant de leur conférer le titre de docteur.

Les professeurs Brouardel et Léon Le Fort, ainsi que M. Horteloup chirurgien, membre du Conseil de surveillance, demandèrent la création d'un stage obstétrical.

Ce dernier fut enfin institué en 1891. On exigea des étudiants un stage obstétrical d'un mois et la justification de deux accouchements au moins faits dans une des deux cliniques de la Faculté, la clinique de la rue d'Assas ou la clinique Baudelocque. C'était insuffisant, d'autant plus que le matériel de ces deux cliniques ne pouvait que fournir difficilement à l'instruction des cinq cents élèves inscrits à la Faculté.

Au reste, la Société des accoucheurs des hôpitaux réclama contre cette espèce de monopole conféré aux cliniques.

Une Commission ayant été nommée, j'en fus le rapporteur et je fus délégué auprès du Doyen pour lui demander de permettre aux accoucheurs des Hôpitaux de contribuer à l'enseignement des stagiaires.

M. Brouardel déclara qu'un stage de trois mois serait sans doute bientôt imposé, que les deux cliniques seraient alors insuffisantes et qu'il demanderait à la Faculté que les étudiants fussent admis dans les autres services d'accouchements des hôpitaux.

En 1897, lorsque Tarnier mourut et que M. Brouardel me parla de lui succéder, je lui rappelai sa promesse. Il m'annonça qu'elle allait être tenue pour les élèves appartenant à ce qu'on appelait le "nouveau régime". En effet, le 1er décembre 1898, commença le stage obstétrical de trois mois.

Ce stage est fait soit dans les cliniques de la Faculté soit dans différents services dirigés par des accoucheurs des Hôpitaux, en ce moment dans ceux de la Charité, chez M. Maygrier ; de Saint-Antoine, chez M. Bar ; de Lariboisière, chez M. Bonnaire. Le nombre des élèves qui ont fait leur stage de trois mois a été en 1898-1899 de 55 ; en 1899-1900 de 147, et en 1900-1901 de 258 ; pour l'année 1901-1902, 270 élèves sont inscrits.

De nouveaux services seront ouverts aux stagiaires au fur et à mesure que cela sera nécessaire.

* * *

En somme, quel sont actuellement les éléments que les étudiants en médecine, ont à leur disposition, à Paris, pour leur instruction obstétricale ? Nous laisserons, bien entendu, de côté les deux Ecoles de sages-femmes, celle de la Maternité et celle de l'hôpital Beaujon.

A la Faculté, chaque année sont professés deux cours théoriques confiés à des agrégés : celui de cet hiver est fait par M. Demelin. En été, les élèves doivent suivre à la Faculté des manœuvres obstétricales sur le mannequin, manœuvres à la création desquelles ont contribué MM. Farabeuf et Bar.

L'enseignement clinique des étudiants est réparti dans cinq services : les deux cliniques de la Faculté et trois services d'accouchements.

D'autres services dirigés par des accoucheurs très instruits, offrent encore aux élèves et aux médecins un matériel important, utile à leur instruction : ce sont les services de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Louis, de Boucicaud, de la Pitié et de Tenon.

* * *

Voyons maintenant de quelle façon, pour notre part, nous nous efforçons de donner l'enseignement obstétrical à la Clinique Tarnier.

Avant tout nous croyons devoir fournir à nos élèves stagiaires l'instruction professionnelle et pratique.

Nous nous arrangeons de plus pour que les médecins français et étrangers qui suivent notre service puissent s'y perfectionner au point de vue clinique.

Enfin, nous encourageons et favorisons les recherches scientifiques dans nos laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie, de chimie, de photographie et de radiographie.

* * *

Comment fonctionne notre service ?

I. — Chaque matin, à 9 heures, nous faisons l'appel des élèves, puis la visite générale des malades. Nous voyons ainsi, avec le chef de clinique, M. Perret, tout ce qui s'est passé d'intéressant dans les vingt-quatre heures tant chez les accouchées que chez les enfants.

Deux fois par semaines, le mardi et le samedi, les leçons cliniques sont professées à l'amphithéâtre. La leçon du mardi est plus spécialement consacrée à la présentation de malades ou d'enfants ; la leçon du samedi traite de sujets cliniques plus étendus ou de questions à l'ordre du jour.

II. — Des cours théoriques, portant sur tout l'art des accouchements, ont lieu tous les jours à 5 heures pendant trois mois l'hiver et trois mois l'été. Ces cours sont suivis de manœuvres obstétricales pratiques. Le cours d'hiver sera fait par MM. Schwab et Macé, anciens chefs de clinique; le cours d'été par M. Brindeau, accoucheur des hôpitaux, et par M. Dubrisay, ancien chef de clinique. Des leçons supplémentaires sont faites par M. Nicloux, chef de laboratoire, sur les notions de chimie qui intéressent l'accoucheur et sur le lait, et par M. Bouchacourt, sur la photographie et sur la radiographie appliquées à l'obstétrique.

III. — Les élèves inscrits dans le service (stagiaires, externes, docteurs français et étrangers), sont de garde, chaque semaine, pendant vingt-quatre heures. Ils assistent à la consultation des femmes enceintes, qui se fait

quotidiennement l'après-midi. De la sorte, ils peuvent s'exercer au diagnostic. Cette consultation était autrefois abandonnée à la sage-femme en chef; en 1887, alors que, comme agrégé je remplaçais le professeur non désigné, M. le doyen Brouardel a bien voulu autoriser qu'elle fut faite par le chef de clinique et un moniteur, assistés des élèves de garde. Elle constitue aujourd'hui, pour ces derniers, une excellente source d'instruction.

Le mercredi matin, après la visite, un de mes anciens chefs de clinique, M. Chavane, enseigne l'examen méthodique de la femme enceinte ; il fait une véritable leçon pratique de palper, d'auscultation, de toucher, etc., et il choisit ses exemples dans les dortoirs des femmes enceintes.

IV. — Les accouchements sont faits à tour de rôle par les élèves. En 1887, M. Brouardel, dont l'esprit si libéral a tant contribué à l'amélioration de la Faculté, m'a autorisé à créer des moniteurs chargés de guider les étudiants qui assistent aux accouchements. Chaque femme en travail est suivie par deux étudiants ; l'un est chargé de l'accouchement, proprement dit et rédige l'observation, l'autre doit s'occuper des soins à donner au nouveau-né. Un certain nombre d'observations sont discutées devant moi ; les autres sont lues devant M. Dubrisay, le lundi et le jeudi matin, et sont commentées par lui.

V. — Généralement, les élèves se figurent qu'une fois l'accouchement de leur "cliente hospitalière" terminé, leur rôle est fini ; ils oublient que plus tard, il leur faudra suivre et bien surveiller leurs malades. Aussi, pour leur permettre d'observer ce que doivent être les suites de couches normales, leur demandons-nous de continuer l'observation de chaque accouchée pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital. Ils étudient de cette façon l'involution de l'utérus, la marche du pouls et de la température, l'établissement de la sécrétion mammaire, etc.

Il ne faut pas se dissimuler que, malheureusement, l'instruction clinique des élèves peut, si on ne prend pas les plus grandes précautions, devenir pour les femmes une source de dangers. Notre premier devoir doit être d'éloigner toute cause d'infection. Les étudiants éviteront absolument toute contamination au dehors, ils n'assisteront à aucune autopsie, ils ne feront par d'exercices d'anatomie pathologique. De plus, leur jour de garde, ils commenceront par désinfecter rigoureusement leurs mains en les plongeant dans une solution de permanganate de potasse, puis dans du bisulfite de soude ; pendant l'accouchement, ils les laveront sans cesse dans une solution de sublimé. Les mêmes précautions antiseptiques sont exigées par nous des moniteurs et des sage-femmes. Les infirmières sont également astreintes aux soins les plus minutieux de propreté.

Lorsque survient un cas d'infection, il est le plus souvent difficile d'en établir la cause et de remonter à sa source. Et pourtant, il serait désirable de savoir à qui

incombe la responsabilité de l'accident : à l'élève, à la sage-femme, au moniteur ou à l'infirmière. Dans les différents services que j'ai dirigés à la Charité, à la Maternité, et ici même, il m'a semblé que certains élèves, certaines sages-femmes avaient plus spécialement des accouchées malades. Voici ce que je fais depuis quelque temps à la clinique Tarnier : un tableau a été établie, qui porte les noms des élèves, devant chaque nom sont inscrits les numéros des accouchements auxquels chacun d'eux a présidé; lorsqu'il survient de l'infection génitale, le numéro de la malade est entouré d'un cercle rouge; on met un cercle bleu s'il y a infection mammaire. Des tableaux analogues sont établies par les sages-femmes et pour les moniteurs. Enfin, dans chaque salle d'accouchées est placé un tableau analogue pour l'infirmière. Les enquêtes, en cas d'infection, deviennent ainsi beaucoup plus faciles. Chacun arrive à prendre conscience de sa responsabilité et à redoubler d'attention.

VI. — Autrefois, à la clinique Tarnier, les femmes infectées étaient soignées dans trois petites chambres placées à côté des autres salles. Depuis l'année dernière, nous avons pu obtenir de l'administration de l'Assistance publique un service d'isolement complètement distinct; il comprend 11 lits placés dans de petites chambres séparées, une salle d'opération, une salle de change, etc. Là sont soignées les femmes infectées dans le service, et celles qu'on nous apporte malades de la ville; un personnel spécial dirigé par le chef de clinique adjoint, M. Chéron est affecté à ce service. Les élèves vont y passer à tour de rôle une ou deux semaines; on leur enseigne le manuel opératoire des injections intra-utérines, du cathétérisme vésical, de l'expression des mamelles dans les cas de galactophorite, etc.

Quels sont les résultats que nous a donnés cette organisation? Le 9 Juillet 1901, en parlant du traitement de l'infection puerpérale, j'ai pu fournir à l'Académie de médecine les chiffres suivants: du 1er Novembre 1900 au 30 Juin 1901, nous avons eu, dans le service de la Clinique Tarnier, 1137 accouchements sans un seul cas de mort par infection puerpérale.

Pendant nos vacances, une femme a succombé, de sorte que, pour toute l'année scolaire, du 1er Novembre 1900 au 1er Novembre 1901, il y a eu 1711 accouchements avec 1 décès. La mortalité pour les femmes infectées dans le service a donc été de 0,058 pour 100. Quant aux femmes apportées infectées du dehors, elles ont été au nombre de 76; une seule d'entre elles a succombé; leur mortalité a donc été de 1,3 pour 100.

Ce n'est certes pas sans peine que nous sommes arrivés à cette suppression presque complète de la mortalité. Si le personnel médical a fait preuve d'un très grand zèle, le personnel des infirmières, qui le seconde, a dû, lui aussi, se montrer particulièrement attentif; aussi bien, si l'on veut avoir des infirmières sur lesquelles on puisse compter, est-il de toute nécessité de les encourager et d'améliorer, autant que faire se peut, leur condition

matérielle et morale à l'hôpital. En 1891, j'avais obtenu qu'à la Charité les infirmières du service d'accouchement eussent chacune leur chambre; la même chose m'a été accordée ici; au lieu de la vie commune en dortoir, qui offre tant d'inconvénients, chaque infirmière a son véritable "home" toujours propre et bien tenu.

Le Directeur général actuel de l'Assistance publique, M. Mourier, favorisera de son mieux les améliorations dans la situation du personnel. J'ai été autrefois son collègue au Conseil de surveillance, je puis vous assurer qu'il connaît bien les besoins de son administration et qu'il s'efforcera de réaliser les réformes nécessaires.

Lorsque nous avons formé d'excellentes infirmières, il est pénible pour nous de les voir nous quitter afin d'obtenir le grade supérieur qu'elles méritent. M. Mourier espère pouvoir le plus souvent les récompenser tout en les maintenant dans le même service; ce serait un grand progrès qui serait, en définitive, profitable aux malades.

VII. — Vous savez, messieurs, que nous nous occupons beaucoup des soins qui doivent être donnés aux nouveau nés; vous verrez dans le service comment il faut les surveiller pendant les dix ou douze jours qui suivent leur naissance, comment on les pèse chaque jour comment on établit la courbe de leur poids.

Si les enfants ne séjournent qu'un temps très court à l'hôpital, vous pourrez cependant suivre un grand nombre d'entre eux à la *Consultation des nourrissons* que nous faisons le vendredi matin, et qui est ouverte seulement à nos anciennes accouchées. Cette consultation a été créée par nous en 1892, à la Charité. C'est, comme on l'a dit, une véritable *Ecole des mères*; nous nous efforçons de donner aux femmes la meilleure ligne de conduite pour l'allaitement de leurs enfants. Nous encourageons surtout l'allaitement au sein; quand celui-ci est insuffisant, nous faisons l'allaitement mixte en distribuant aux femmes la quantité de lait stérilisé nécessaire; l'allaitement artificiel est tout à fait exceptionnel.

Nous suivons les enfants jusqu'à l'âge de deux ans, et nous pouvons de la sorte les surveiller pendant les périodes, si difficiles parfois, du sevrage et de la dentition. Cette consultation fournit donc aux élèves un matériel considérable qui leur permet d'étudier toutes les questions afférentes à l'hygiène alimentaire de l'enfant.

Du 1er Juin 1898 au 1er Février 1901, 201 enfants ont suivi notre consultation à la Clinique Tarnier.

Parmi eux, 140, soit 70 pour 100, ont été nourris exclusivement au sein; 48, c'est-à-dire 24 pour 100, ont été soumis à l'allaitement mixte ou sevrés: ils avaient pris dans le sein de leur mère tout ce qu'il était capable de produire; 13 seulement c'est-à-dire 6 pour 100, ont été allaités artificiellement.

Le nombre des enfants qui viennent à la consultation augmente sans cesse; hier, nous en avons eu 96, et il y a huit jours il s'en est présenté 105. Comme ceux qui reçoivent du lait viennent tous les huit jours et ceux

qui sont allaités au sein tous les quinze jours seulement, nous dirigeons en ce moment 140 enfants environ.

Les résultats que nous obtenons à cette consultation sont extrêmement encourageants.

De 1er juin 1898, la mortalité de nos enfants, mortalité, de zéro à deux ans, n'a été que de 5,9 pour 100. La rougeole, la broncho-pneumonie, la syphilis sont les causes des décès les plus fréquentes. Quant à la mort par diarrhée, nous ne l'observons pas, même en été ; vous savez cependant qu'en ville cette mortalité par diarrhée est énorme pendant la saison la plus chaude : elle va jusqu'à causer à Paris 200 à 250 décès dans une seule semaine. Donc, en dirigeant bien l'allaitement des enfants et en faisant l'éducation des mères, on arrive à supprimer la cause la plus importante de mortalité pour les enfants du premier âge : la diarrhée.

VIII. — Nous nous occupons aussi beaucoup des *débiles*.

Vous pouvez voir dans notre service un certain nombre de couveuses ou sont placés des enfants nés prématurément. Au n° 42, par exemple, vous venez de voir une femme qui en a deux ; ils pesaient à leur naissance 1,000 et 1,120 grammes ; aujourd'hui ils ont atteint 2,000 grammes. Vous apprendrez aussi quels soins particuliers il faut leur donner.

En 1900, nous avons eu à la Clinique Tarnier 148 enfants débiles, 11 sont morts (7,4 pour 100) et 137 sont sortis vivants (92,6 pour 100). En 1901, jusqu'au 1er Novembre, nous avons eu 118 débiles ; 5 sont morts (4,2 pour 100) et 113 sont sortis vivants (95,8 pour 100).

Mais, me direz-vous, que deviennent ultérieurement ces enfants ?

Un certain nombre d'entre eux reviennent à notre consultation de nourrissons et nous avons fait une enquête minutieuse sur tous ceux qui, nés ici depuis 1898, nous avaient été ramenés, 61 enfants débiles sont revenus ainsi à notre consultation : sur ce nombre, 57 sont vivants (93,4 pour 100), 4 sont morts (6,6 pour 100). L'un était syphilitique et les trois autres n'étaient venus que très peu à notre consultation, l'un une fois, l'autre pendant un mois, et le troisième pendant deux mois. Donc les enfants débiles nourris au sein par leur mères peuvent être sauvés comme les autres, et vous pourrez les voir se bien développer physiquement et intellectuellement.

IX. — J'ajouterai, pour être complet, que le jeudi matin nous avons encore une consultation de gynécologie qui est faite pour les femmes qui sont enceintes ou qui sont récemment accouchées chez nous.

X. — Nous favorisons, vous ai-je dit, les recherches scientifiques dans nos laboratoires. Vous connaissez tous les remarquables travaux de M. Nicloux, notre préparateur de chimie, sur le passage de l'alcool de la mère au fœtus et sur l'alcoolisme congénital ; MM. Brindeau et Masé ont déjà publié des recherches importantes faites

dans les laboratoires d'histologie et de microbiologie, et M. Bouchacourt s'est particulièrement fait connaître par ses publications et ses découvertes en radiographie. De nouveaux travailleurs ont déjà pris place à côté d'eux.

Tels sont, messieurs, les nombreux éléments d'instruction que vous avez à votre disposition à Paris, et plus spécialement à cette Clinique. Il serait bon peut-être aussi d'instituer des cours spéciaux de vacances qui fonctionnent dans d'autres pays et sur lesquels M. Jayle vient d'appeler tout récemment l'attention ; ces cours de vacances seraient très profitables aux médecins de province et de l'étranger qui veulent se perfectionner dans l'art obstétrical ; avec le matériel et le personnel dont nous disposons, rien ne serait plus facile que de les organiser dans cette Clinique.

En résumé, vous le voyez, de nombreuses réformes ont été, depuis vingt ans, apportées à Paris, tant dans l'assistance des femmes enceintes, des femmes en couches et des enfants, que dans l'enseignement de l'obstétrique. Tous nos efforts, dans cette Clinique, ont tendu à donner aux étudiants et aux médecins un enseignement aussi complet, aussi pratique que possible ; ils ont un cours avec manœuvres opératoires, fait en trois mois ; ils examinent des femmes enceintes, font des accouchements, observent les suites de couches normales et les suites de couches pathologiques ; enfin, ils apprennent toutes les questions relatives aux nouveau nés, aux enfants débiles, et à l'allaitement des nourrissons.

Il ne s'agit pas là, je puis vous l'assurer, d'une simple organisation faite sur le papier, et ceux qui ont suivi ce service peuvent en sortir réellement capables de bien remplir les devoirs de leur pratique obstétricale.

(*Presse méd.*)

Thérapeutique et Matière Médicale

La morphine dans les cardiopathies et l'urémie.

(LEMOINE).

Dans les maladies de l'aorte l'auteur considère la morphine comme le meilleur moyen d'empêcher la syncope, quand on a soin d'en faire une injection dès les premiers symptômes d'angoisse.

Dans les maladies infectieuses et dans la grippe en particulier, le cœur pouvant devenir très rapidement faible et irrégulier, sous l'influence de l'intoxication du pneumogastrique, et mettre le malade en grand péril — car les cas de mort par arrêt du cœur ne sont pas rares dans la grippe à forme cardiaque — l'usage de la morphine ne saurait être trop chaudement recommandé. En effet, en pareils cas, les résultats obtenus par la morphine sont meilleurs que ceux que peuvent donner la caféine et la digitale. Mais rien n'empêche d'associer à la première l'une ou l'autre de ces dernières.

Cette association se justifiera si l'état du cœur et par suite de la circulation est tel que le poumon s'engorge avec splénisation des bases. Si la maladie infectieuse ne détermine que faiblesse et des intermittences du cœur, la morphine seule suffira ; l'amélioration sera presque immédiate, le cœur reprendra rapidement de la vigueur.

Il n'est point question d'en arriver d'emblée à des doses massives ; on se contentera de procéder par des injections de 3 milligr. qui seront répétées 3 ou 4 fois dans les 24 heures. Seulement, si l'irrégularité du cœur amène de l'angoisse et de la gêne précordiale, ou pourra injecter 1/2 centigramme à la fois.

L'effet sédatif sera vite obtenu ; le cœur reprendra peu à peu de la force et de la fréquence.

Toutefois le mieux obtenu pourra être fugace, et le lendemain on pourra voir reparaître les faux pas du cœur si l'on n'en revient pas à de nouvelles piqûres. Il n'y a pas d'inconvénients à prolonger le traitement plusieurs jours de suite, jusqu'à ce que la grippe ait cessé de porter son action perturbatrice sur le cœur.

Si l'on a affaire à des malades présentant des symptômes de congestion pulmonaire passive ou active, dus à la faiblesse du cœur ou à la généralisation de la maladie infectieuse, on se servira concurremment de la morphine et de la caféine. Ce double emploi n'a rien de paradoxal car la morphine peut agir comme stimulant chez les sujets déprimés.

On débutera donc par une injection de caféine variant, selon le cas, de 20 à 50 centigr., puis, quatre heures après, on donnera 1/2 centigr. de morphine. Ensuite on espacera les doses de façon à donner, en 24 heures, 50 centigr. à 1 gramme de caféine et 1 centigr. à 1 centigr. 1/2 de morphine. La respiration deviendra, sous l'influence du traitement, plus calme, l'anxiété précordiale diminuera le cœur, se régularisera peu à peu, et la phase dangereuse de la maladie se traversera plus facilement.

Dans l'urémie, on craint l'emploi de la morphine, sous le prétexte qu'elle ferme le rein et augmente les rétentions de toxines. Mais l'observation clinique a démontré maintes fois l'innocuité parfaite de cet alcaloïde dans les cas de ce genre.

La morphine est un *stimulant du bulbe* et par suite des centres cardiaque et respiratoire. C'est pourquoi on fait si utilement une injection de morphine avant de donner le chloroforme. On a constaté que, par semblable procédé, le sommeil était plus vite obtenu et que l'on évitait la sidération du bulbe et de la syncope grave, toujours possibles chez les chloroformés.

Chez l'urémique, il n'y a pas à redouter la production du coma consécutif, à l'usage de la morphine, le malade n'en ressent qu'un bien-être relatif, une amélioration de son anxiété respiratoire.

(J. de méd. de Paris.)

PEDIATRIE

La mort subite chez les Jeunes enfants par hypertrophie du thymus.

M. le Dr Ducrot vient d'étudier dans sa thèse, cette question qui présente un intérêt particulier au point de vue médico-légal. En effet, la mort subite chez les jeunes enfants du premier âge est loin d'être rare.

D'après Taylor, pour la seule ville de Londres, quatre cents enfants mouraient chaque année sans que la cause de leur mort puisse être bien nettement établie.

D'après Paltauf, cent cas analogues se sont produits à Vienne pendant les années 1887 et 1888.

A Paris on observe annuellement 30 à 40 cas de mort subite dont la cause est toujours plus ou moins mystérieuse.

Il s'agit le plus souvent d'enfants qui s'endorment bien portants et ne se réveillent pas. La mort s'est produite pendant le sommeil, sans que la mère, qui reposait à côté se soit aperçue de rien d'anormal. Dans de tels cas, l'autopsie ne donne souvent que des résultats négatifs, et, jusqu'à ces dernières années, on admettait, faute de mieux, que ces enfants avaient dû succomber à une compression de la poitrine par le bras de la mère pendant le sommeil, ou à l'obturation par les couvertures ou les pièces de vêtements, des premières voies respiratoires, ce que Taylor appelle d'un seul mot " *smothering* ".

Cependant, depuis quelques années, on a constaté dans ces cas la fréquence de l'hypertrophie du thymus, fréquence assez grande pour que M. Brouardel ait pu écrire dans son *Traité* : " Il est nécessaire de toujours examiner le thymus d'un enfant mort subitement, afin de ne pas laisser planer le soupçon d'un crime sur une personne innocente. "

Lorsque l'on étudie les nombreuses observations d'enfants morts avec une hypertrophie du thymus, on constate que le tableau clinique varie beaucoup. On peut cependant rapporter le cas à trois formes différentes :

Tantôt l'enfant a succombé dans une crise d'asphyxie suraiguë, dont il avait eu déjà plusieurs accès, et d'où il était toujours sorti sain et sauf. Il souffrait, en un mot depuis plusieurs mois de l'affection chronique dont un épisode aigu l'a emporté. Ces faits répondent à ceux qu'on décrit sous le nom de spasme de la glotte. A l'autopsie des enfants morts de cette façon, on ne trouve généralement rien sinon l'hypertrophie du thymus.

Dans d'autres cas, le sujet a été emporté brusquement, sans que rien dans ses antécédents ait fait pressentir ce dénouement tragique ; l'enfant se portait bien, l'aspect même du cadavre le démontre ; il n'avait jamais souffert de la plus petite indisposition, mangeait bien et dormait bien, puis, raconte la mère, tout d'un coup au moment où il était le plus calme, sa tête s'est renversée

en arrière, les pupilles dilatées, les yeux convulsés — une ou deux inspirations silencieuses et non pas sifflantes, comme dans le spasme de la glotte, et l'enfant est mort sans avoir poussé un cri. On conçoit, dans ces conditions, qu'un enfant soit trouvé mort le matin dans son lit, sans que personne se soit aperçu de rien.

L'autopsie est absolument négative ; à part l'hypertrophie du thymus on ne trouve rien. Pas de signes d'asphie.

C'est bien la mort subite dans toute l'acception du mot.

Dans le troisième groupe, l'enfant, qui n'a jamais rien présenté antérieurement, succombe à une asphyxie progressive au bout de quelques heures, comme le montre une observation de Marfan. Ici, on trouve des traces d'asphyxie en outre de l'hypertrophie du thymus qui paraît être la cause première des accidents.

Sans insister sur la pathogénie de ces formes diverses, il semble que dans ces divers cas la mort puisse résulter soit du spasme véritable de la glotte, soit de la compression de la trachée, soit de l'arrêt du cœur. Quant à la cause première de l'hypertrophie du thymus dont le diagnostic est d'ailleurs à peu près impossible, elle reste encore à peu près inconnue.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

DERMATOLOGIE

Traitement local des hyperidroses.

M. le Dr Brocq a publié dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie* une leçon dans laquelle il étudie en particulier le traitement des sueurs localisées aux pieds et aux mains, sueurs dont les conséquences sont si pénibles et contre lesquelles on est obligé de varier les moyens presque à l'infini.

Pour les hyperidroses plantaires, Unna distingue deux grandes variétés.

1° Celles dans lesquelles les pieds et les mains sont froids, parce que la circulation y est imparfaite et ne peut pas combattre l'évaporation. Dans ces cas, il donne des pédiluves chauds le soir avant le coucher ; il y ajoute des substances excitantes telles que : alcool camphré, moutarde, vinaigre. Puis, après avoir séché, il fait appliquer l'onguent suivant :

Ol térébenthine..... } à 5 grammes.
 Ichtyol..... }
 Onguentum zinci..... 10 —

La formule de l'onguentum zinci est = oxyde de zinc 1, axonge 5.

Le matin, il fait frictionner avec de l'eau glacée et poudrer les bas avec de la farine d'amidon qui renferme de la moutarde.

Il conseille de plus de faire un usage journalier de l'ichtyol en solution alcoolique, en onguent ou en savon pour resserrer les pores de la peau.

2° Celles dans lesquelles les pieds et les mains sont chauds par suite d'une suractivité de la circulation et dans lesquelles il est indiqué de resserrer les vaisseaux et les pores de la peau : il conseille alors de prendre, le soir des bains tièdes simples, puis de faire des onctions avec :

Ichtyol..... } à 50 grammes.
 Eau..... }
 Lanoline..... 20 —

Le matin, on lave à l'eau tiède et au savon très gras à l'ichtyol ; on sèche en laissant un peu de mousse. Les bains alcalins sont assez bons d'après lui ; il croit toutefois qu'il ne faut pas en abuser parce qu'ils macèrent trop l'épiderme. Il repousse l'emploi du tannin.

— Voici d'autres méthodes thérapeutiques. Stewart conseille : lavages à l'eau chaude, bains de quelques minutes dans :

Permanganate de potasse... 2 grammes.
 Eau bouillie..... 250 —

On fait alors sécher les pieds, puis on les enveloppe dans des bandelettes d'emplâtre de céruse, formant un vrai brodequin. Ce pansement est renouvelé, matin et soir, pendant une quinzaine.

Hébra a proposé un traitement presque analogue et qu'il considère comme héroïque. Le pied est bien séché, puis enveloppé d'un emplâtre composé, par parties égales, de diachylon et d'huile de lin. On introduit l'emplâtre entre les doigts de pied pour les isoler les uns des autres. Le pied tout entier doit être recouvert par l'emplâtre.

Après douze heures, on enlève l'emplâtre ; on ne lave pas le pied. On se contente de frotter avec un linge ou du coton hydrophile ; puis on refait le pansement qui doit être ainsi renouvelé matin et soir pendant une dizaine de jours.

On n'emploie ensuite que les poudres inertes. Au bout de quelques jours, l'épiderme tombe et laisse à découvert une surface saine. Ce n'est que lorsque tout l'épiderme ancien a disparu qu'on peut laver le pied, tout en continuant encore pendant quelques temps l'usage des poudres. Quinze jours ou trois semaines après la première application de l'emplâtre, l'hyperidrose, d'après Hébra, aurait complètement disparu. Ce traitement a été essayé dans le service de M. Brocq et, à côté de succès certains, a échoué dans certains cas rebelles.

Le naphthol a été préconisé par Kaposi. Il fait faire deux fois par jour des lotions avec :

Naphthol..... 5 grammes.
 Glycérine..... 10 —
 Alcool..... 100 —

On saupoudre ensuite soit avec de l'amidon pur, soit

avec de l'amidon mélangé de naphthol pulvérisé dans la proportion de 2 pour 100.

Le permanganate de potasse est une des substances qui ont été le plus employées : on a conseillé de porter des semelles de papier à filtrer, de toile, de calicot, de liège que l'on trempe préalablement dans une solution de permanganate au 1/100. On laisse sécher ; on les remplace tous les jours.

On peut aussi badigeonner avec une solution de 1 à 5 parties de permanganate de potasse pour 500 d'eau ou bien porter des chaussettes que l'on change tous les jours et dont on saupoudre l'intérieur tous les matins, avant de les mettre, avec une des poudres suivantes :

Talc.....	40 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	45 —
Permanganate de potasse....	13 —
Salicylate de soude.....	2 —

Cette formule est applicable à l'hyperhidrose plantaire. Pour l'hyperhidrose axillaire, on formulera :

Poudre de riz.....	60 grammes.
Talc.....	5 —
Ss-nitrate de bismuth.....	25 —
Permang. de potasse	10 —

À côté du permanganate et sur le même rang que lui, nous devons citer par ordre d'efficacité contre l'hyperhidrose l'acide salicylique et les composés salicylés. On les prescrit surtout sous forme de poudres. Par exemple, on recommandera un bain simple ou astringent, à la feuille de noyer, et on lavera ensuite à l'alcool ou avec un des mélanges suivants :

Sulfate de quinine.....	5 grammes.
Alcool à 60.....	500 —

ou encore :

Tannin.....	1 à 3 grammes.
Alcool à 60 ou eau,.....	250 —

puis, on fera poudrer avec un des mélanges :

Acide salicylique.....	3 grammes.
Amidon.....	10 —
Talc en poudre.....	87 —

ou encore, et surtout dans la bromidrose ;

Alun en poudre.....	45 grammes.
Acide salicylique.....	5 —

Les salicylates de soude et de bismuth se prescrivent de la même manière en poudre au 1/15 avec amidon, lycopode, craie, oxyde de zinc, de magnésie, carbonate de plomb, etc.

Dans l'armée prussienne, on emploie des pommades de suif de mouton contenant 1/50 d'acide salicylique.

Le perchlorure de fer est employé en badigeonnages après des bains froids à la feuille de noyer.

Perchlorure de fer liquide...	30 grammes.
Glycérine.....	10 —
Essence de violette.....	XX gouttes.

L'acide phénique sous forme de savon phéniqué. L'atropine est les préparations de belladone associées ou non à la liqueur de Van Swieten.

On a beaucoup préconisé dans l'hyperhidrose des mains la préparation :

Teinture de belladone.....	15 grammes.
Eau de cologne.....	120 —

en frictions répétées 2 à 3 fois par jour.

L'acide tartrique réussit également, mis dans les bas. Il faut avoir soin de ne l'employer qu'en petite quantité ou mieux incorporé à des poudres inertes.

L'écorce de chêne, la racine de ratanhia et toutes les substances contenant du tannin : l'alun, le borax, l'acétate de plomb en préparation d'eau blanche, ont été préconisés. Le goudron, employé surtout en Angleterre, s'ordonne dans la formule :

Souffre sublimé.....	5 grammes.
Axonge benzoïnée.....	} à 20 —
Pommade de goudron végé.	

Les parties malades sont au préalable soigneusement lavées avec de l'eau phéniquée ou du savon à l'huile de cade.

Une dernière préparation, due à T-happe, paraît bien réussir dans les sueurs fétides. Elle s'emploie en lotions faites matin et soir, et se formule :

Sulfate de zinc.....	} à 450 grammes.
Sulfate de fer.....	
Sulfate de cuivre.....	150 —
Naphthol	1 gramme 5
Essence de thym.....	3 grammes 5
Acide hypophosphoreux...	7 grammes 5
Eau distillée.....	1500 grammes.

Ce sont là les préparations les plus importantes et il faut les connaître parce que toutes ont donné, à côté d'insuccès, de fort bons résultats et que l'une d'elle peut réussir là où les autres ont échoué.

En résumé, dans un d'hyperhidrose plantaire ou palmaire, après avoir institué un traitement hygiénique approprié, on fera, matin et soir, d'abord de simples lavages avec une préparation astringente, telle que l'eau de feuilles de noyer, des savonnages avec un savon à l'acide salicylique.

Puis, on ordonnera dans l'intervalle des lotions ou des pommades à base d'acide salicylique ou mieux des applications de poudres à base de salicylate de bismuth ou d'acide borique.

Si on échoue, on ordonnera une préparation contenant les acides salicylique, tartrique et borique, on aura recours au perchlorure de fer, au permanganate de potasse, au naphthol. Ce ne sera qu'après avoir employé sans succès ces divers agents, qui présentent une grande facilité d'application et une réelle efficacité, qu'on aura recours aux autres méthodes thérapeutiques.

(Journ. de méd. et chir. prat.)

Revue des journaux

MEDECINE

Bacilles d'Eberth dans les crachats.

M. P. Edel a examiné dans 11 cas de fièvre typhoïde les crachats des malades. Dans 10 cas, il n'y avait que de la bronchite, le onzième présentait une pneumonie caractérisée. C'est dans ce dernier cas qu'on trouva des bacilles typhiques dans les crachats, et cela trois dans l'espace de dix jours. Plus tard on ne retrouva plus ce microorganisme pathogène. Avant l'examen, le malade avait eu, en plusieurs reprises, des hémoptysies. L'auteur conclut de ce cas que non seulement les matières fécales et l'urine des typhiques offrent des dangers au point de vue de la propagation de la maladie, mais encore les crachats qu'il faut, par conséquent, désinfecter. Pour la désinfection, l'auteur recommande des solutions phéniquées et de lysol.

(*Fortschr. der Medizin — Lyon méd.*)

Les varices de la base de la langue, signe de cancer de l'œsophage.

M. le Dr Lefrançois (de Cherbourg), signale dans la *Revue de laryngologie* un phénomène qui peut être fort utile pour le diagnostic du cancer de l'œsophage. Les varices de la base de la langue, dit-il, sans être très communes, sont loin d'être rares, mais pour les voir, il faut se servir du miroir laryngien; cependant, leur étio- logie est des plus mal connues.

Il est probable que, comme pour les varices en général, l'arthritisme et l'herpétisme jouent un certain rôle en favorisant le développement de lésions rattachées les unes aux autres par un lien commun d'origine. Pour les varices de la base de la langue en particulier, on a invoqué surtout l'alcoolisme, la ménorrhagie, l'aménorrhée chez la femme, etc. Le système nerveux a été aussi incriminé et, pour le professeur Lancereaux, les varices "sont subordonnées à l'action du système nerveux et dépendent d'un trouble de l'innervation trophique."

Mais il est une cause que M. Lefrançois a observée plusieurs fois et qu'il n'a pas vue mentionnée. C'est le cancer de l'œsophage. Dans trois cas, en effet, dont il donne les observations, il a constaté des varices de la base de la langue alors qu'il n'existait encore aucun signe bien net du cancer de l'œsophage et que celui-ci ne pouvait être diagnostiqué par aucun signe certain. Chez l'un de ces malades, les varices ont augmenté en même temps que le cancer, de telle sorte qu'il est bien probable qu'il y a là un rapport de cause à effet et non une simple coïncidence.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Les troubles gastriques dans l'eczéma.

On considère en France l'eczéma vrai comme étant le plus souvent une affection d'origine interne et dans laquelle l'état des fonctions digestives joue un rôle étiologique important. Mais jusqu'ici l'étude chimique de ces troubles gastriques n'a guère été faite. M. le Dr Paul Meynet vient combler cette lacune en faisant à ce sujet une série de recherches dont il donne le détail et les conclusions dans un travail fort intéressant.

C'est ainsi que l'exploration de l'estomac par la sonde lui a permis de constater dans presque tous les cas des altérations du chimisme, des troubles de la motilité et de l'absorption. Le suc gastrique des eczémateux est en effet le plus souvent hypo-acide; l'acide chlorhydrique y est diminué; ce sont en somme des hypo chlorhydriques; ce sont de plus des atoniques, parfois même des dilatés; leur motilité gastrique, est diminuée, l'absorption ralentie. Mais surtout ils présentent des fermentations anormales; l'acide lactique se trouve en proportion notable, les acides butyrique et acétique, produits tout à fait anormaux, se rencontrent également. M. Meynet a vérifié ces conditions particulières dans un bon nombre d'observations et leur constance montre l'intérêt qu'il y a de soigner les eczémateux non seulement par des moyens locaux, mais par un traitement général: on comprend ainsi l'utilité qu'il y a pour les eczémateux à suivre des prescriptions qui réduisent au minimum la production de ces fermentations et qui atténuent les troubles gastriques.

Un régime et une diète réglés s'impose chez tous les eczémateux; il y a souvent avantage à diminuer l'alimentation carnée, à ne donner de la viande qu'à un seul repas; à restreindre le total des aliments ingérés chaque jour et à augmenter la dépense physique.

La connaissance de certaines idiosyncrasies vis-à-vis de certains aliments conduit à rejeter de l'alimentation ces substances nocives. A ce point de vue, ce sont les susceptibilités individuelles qui devront guider le médecin. Ce n'est pas que l'eczéma comme l'urticaire soit susceptible de naître sous l'influence d'aliments particuliers, accidentellement introduits. Mais l'ingestion habituelle de certaines substances alimentaires arrive à la longue à créer des tares gastriques; dès lors, l'individu, devenu un dyspeptique sera en imminence d'eczéma.

D'une manière générale, les aliments dans la préparation desquels entrent largement les acides, les épices, le sel, sont nuisibles. Les gibiers faisandés, les viandes noires, devront être évités. L'usage habituel de l'alcool prédispose à l'eczéma par troubles gastriques qu'il engendre.

La vie recluse, sédentaire, le surmenage, etc., préparent l'imminence morbide. L'aération, l'exercice modéré, l'hygiène, corporelle et physique en activant à la fois le processus digestif et les fonctions cutanées, auront les meilleurs effets.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Influence de l'état de l'estomac sur l'état mental, suicide par dyspepsie.

M. le Dr Pron a consacré sa thèse à l'étude de l'influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental ou les fonctions psychiques des malades atteints de diverses affections stomacales. Parmi les diverses manifestations étudiées dans ce remarquable travail, le suicide chez les dyspeptiques est un phénomène assurément très rare, mais qui mérite d'être noté. Parfois, en effet, le malheureux dyspeptique, en proie à des souffrances physiques et morales constantes, ayant la haine de ses semblables et du monde qui l'entoure, accablé souvent de remords exagérés pour telle action qu'il a commise ou telle mauvaise pensée qu'il a eue, s'abandonne à l'idée fixe d'en finir avec la vie et a recours au suicide.

Brierre de Boismont dit que dans les cas de suicide brusques sans aucun motif, l'expérience apprend qu'il existe toujours un état maladif somatique; sur 214 cas de suicide survenus dans les maladies déterminées, il trouve les affections de l'estomac présentées seize fois.

Séglas rapporte l'observation d'une femme de 55 ans, sans antécédent nerveux, qui, à la suite de dyspepsie, d'anémie et d'érysipèle, devint maniaque et fit plusieurs tentatives de suicide.

Bouchard dit avoir observé quelques malades ayant des idées de suicide qui étaient évidemment liées à une dilatation de l'estomac.

Blanc Champagnac en rapporte un cas dans sa thèse. Il s'agit d'un rentier de trente ans, sans antécédents, qui depuis quinze ans, avait des digestions pénibles, une pesanteur constante de l'estomac, des renvois, du ballonnement des migraines, des vertiges et qui eut, à plusieurs reprises, des idées fixes de suicide.

Loiseau cite l'histoire d'un malade qui mit son idée à exécution. Agé de cinquante ans, souffrant de digestions pénibles et lentes, n'ayant plus de sommeil, le malheureux homme, qui aurait dû être heureux, puisqu'il avait de la fortune, une femme et des enfants qu'il affectionnait et qui l'adoraient, parvint un beau jour à tromper la surveillance des siens et s'ouvrit les veines jugulaires avec de petits ciseaux.

Belhomme a vu aussi l'ingestion d'un purgatif donné contre un embarras gastrique déterminer l'apparition des idées de suicide. Inversement, Amelung, dans un mémoire publié en 1844, rapporte un cas de typhémanie-suicide lié à un embarras gastrique et qui céda à un éméto-cathartique.

(*J. de méd. et de chir. prat.*)

Discussion sur le diagnostic pathogénique d'une arthrite du genou.

par M. le Prof. DIEULAFOY.

Le malade qui fait l'objet de cette leçon est un homme de 27 ans, terrassier, qui fut pris, il y a plusieurs

mois, d'une angine suivie bientôt d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Sous l'influence du traitement par le salicylate de soude, il guérit et la phlegmasie quitta successivement toutes les jointures sauf celle du genou, où elle se localisa sous forme d'arthrite. Après quelques jours passés à Vincennes, il rentra de nouveau à l'hôpital dans un service de chirurgie, où l'on fit une ponction de l'articulation malade, qui donna issue à 80 grammes de liquide séro-purulent et hémattique. A la suite d'une deuxième ponction, le malade fut tellement soulagé qu'il partit, mais bientôt les douleurs reparurent, la marche devint difficile et le malade revint dans le service.

Voici ce que l'on constate aujourd'hui.

Le genou droit est plus volumineux que le genou gauche (2 centim. 1/2 de différence); les cils de sac sont dilatés et douloureux, le malade a de la difficulté à monter un escalier. Nous avons affaire, en somme, à une arthrite sub-aiguë tendant à la chronicité. Mais il faut déterminer sa nature et sa cause. C'est ce diagnostic pathogénique que je désire étudier devant vous.

Il est évident que cette arthrite purulente et hémorrhagique, développée ainsi en quelques semaines, n'est pas le fait du rhumatisme articulaire aigu franc: il s'agit donc à coup sûr d'une forme secondaire.

Deux maladies surtout sont susceptibles de s'accompagner de pseudo-rhumatisme articulaire: la scarlatine et la blennorrhagie; or dans le cas actuel aucune de ces deux causes pathogéniques ne pouvait être invoquée. Restait la tuberculose. Les exemples de rhumatisme tuberculeux sont aujourd'hui bien connus. Je vous rappellerai, notamment, l'observation de Laveran: un militaire arrive au corps, est pris de rhumatisme aigu généralisé; au bout de quelques jours survient une grande dyspnée: le soldat meurt avec des symptômes pulmonaires et on trouve à l'autopsie le genou infiltré de granulations tuberculeuses.

Depuis quelques années cette question a été mise à l'étude et un certain nombre d'auteurs, Bondet, Poncet, Jaccoud, ont fait des observations analogues à la précédente. Un individu jeune se présente avec le tableau du rhumatisme articulaire aigu généralisé, on lui administre le salicylate et l'antipyrine; un mois à cinq semaines se passent, le malade s'améliore, on le croit guéri, mais une jointure (cou de pied, coude, ou plus souvent genou) s'enlise de plus en plus et présente les caractères non douteux de l'arthrite; celle-ci aboutit finalement à l'ostéopériostite tuberculeuse ou tumeur blanche.

Le cas de notre malade est-il justiciable de cette interprétation? En examinant cet homme, d'apparence robuste, solide et bien musclé, il ne viendra à l'idée de personne de le croire tuberculeux; mais cette remarque, vous le savez, perd beaucoup de son intérêt quand on sait combien sont peu rares les cas dans lesquels la bacille évolue à l'état larvé ou latent, sous les dehors trompeurs de la meilleure santé. Il n'est pas rare de voir

dans ces conditions éclater soudainement la fameuse pleurésie dite *a frigore* que nous savons être le plus souvent d'origine tuberculeuse. Nous savons également que la méningite de même origine survient chez des adultes au cours d'une excellente santé. Chez une foule de gens âgés d'une trentaine d'années, qui se plaignent de vagues malaises, et que l'on considère le plus souvent comme des neurasthéniques, on peut, par une investigation attentive découvrir les signes d'une lésion pulmonaire commençante. C'est ce que nous avons constaté chez notre malade ; malgré son aspect et l'absence de tare bacillaire héréditaire ou personnelle, nous avons trouvé, à l'auscultation du sommet des signes de tuberculose. Les cas analogues sont loin d'être rares, on dirait le contraire avec plus de vérité. Il faut donc les rechercher avec soin, et si l'examen des poumons ne révèle rien, chercher du côté amygdales, du nez, des ganglions, car la tuberculose adénoïdienne peut rester silencieuse durant de nombreuses années, quitte à revêtir un jour la forme cérébrale foudroyante.

Enfin, vous pourrez encore recourir au séro-diagnostic de la tuberculose imaginé, en 1898, par Arloing, de Lyon, et qui permet de dépister ces formes latentes, lorsque les moyens cliniques habituels sont insuffisants.

Straus avait déjà obtenu des cultures de bacille de Koch en milieu solide, mais il faillait obtenir la même culture en milieu liquide, et ce n'est qu'après une série de tâtonnements que l'on y arriva. Voici comment. On commence par ensemercer la pulpe de pomme de terre avec le bacille tuberculeux ; puis on prélève un échantillon, en ayant soin de choisir les régions où la culture est particulièrement belle et luxuriante, et on la fait tremper dans l'eau glycéinée, ou passent un certain nombre de bacilles ; on ensemece dans le bouillon peptoné stérilisé et on porte à l'étuve à 38°, à 39°, en ayant soin de secouer le tube pour rendre la culture homogène.

On prend, par exemple, 5 gouttes de cette culture et on la met en contact avec 1 goutte de sérum du malade ; on fait également des préparations au 1/10e et au 1/20e.

(Indép. méd.)

Mécanisme de l'action des bromures avec l'hypochloruration.

par J. LAUFER.

L'addition de sel aux doses où nous le prenons d'habitude (15 à 25 gr.) chasse de l'organisme une quantité double de bromure ; ce fait nous explique la raison pour laquelle on est obligé de donner dans les conditions ordinaires des doses parfois énormes de bromure, c'est qu'en réalité une grande quantité reste presque inutilisée et est rapidement éliminée, tandis qu'on observe au contraire une élimination moindre et par

conséquent une certaine rétention de bromure avec l'hypochloruration.

Ma's quel est en outre l'intérêt pratique de ces faits ?

D'une part, la dose de bromure administrée avec le régime hypochloruré ne devra pas dépasser une certaine limite, ceci est bien entendu, mais nous en savons maintenant la raison : C'est que, dans ces conditions précisément, éliminé en moindre quantité qu'avec le régime salé ordinaire, fixé par conséquent à dose plus élevée dans l'organisme, le bromure y exerce par là-même une action plus intensive.

D'autre part, lorsque chez un épileptique bromuré on voudra passer de l'hypochloruration, du régime lacté par exemple, qui est le régime hypochloruré par excellence, au régime salé ordinaire, ce qu'on aurait fait jusqu'ici sans crainte, on devra redouter pour le malade les plus graves accidents, le sel chassant rapidement le bromure de l'organisme ; on agirait en somme comme si on diminuait brusquement la dose de bromure administrée. De même on devra passer du régime salé ordinaire au régime lacté sans abaisser la dose de bromure. Un autre avantage pourrait être le suivant : A la suite d'accidents dus au bromisme dans les conditions ordinaires, il sera inutile pour certains cas, où l'état du tube digestif doit être mis en cause, de supprimer complètement le bromure, mais en donnant le régime lacté et en abaissant la dose de bromure, on conserve au malade le bénéfice de l'action médicamenteuse, tandis qu'on ménage son tube digestif. Dans les cas accentués, le meilleur moyen de faire éliminer le bromure le plus rapidement possible sera d'ajouter du sel, 5 gr. de sel par litre au lait. Enfin, dans les cas où il survient une affection incidente fébrile et où l'on jugera que la bromuration puisse être continuée, il faudra se rappeler, pour la dose à fixer, que le malade soumis au régime lacté est en état d'hypochloruration.

Telles sont les principales applications qui découlent des résultats que nous avons obtenus. Est ce tout ? Nous devons nous demander encore ce qu'il faut déduire de l'élimination considérable des phosphates sous l'influence du sel ? Un certain nombre d'auteurs ont donné aux épileptiques du phosphate. M. Maurice de Fleury injecte du sérum artificiel de Chéron contenant du phosphate de soude dans le tissu cellulaire, chez ses épileptiques, et obtient d'excellents résultats qu'il a mentionnés dans son beau livre. Nous sommes en mesure d'expliquer l'effet de cette minéralisation qui compense en partie les pertes de phosphate subies par les malades dont le régime est salé. Par contre, que l'on donne du phosphate à un sujet soumis à l'hypochloruration, il n'y aura aucun changement ; le phosphate alimentaire est suffisamment utilisé et celui que l'on ajoute ne peut plus avoir d'effet.

Nous avons plusieurs cas qui constituent de véritables expériences de laboratoire, les uns concernant des

épileptiques hypochlorurées, les autres des épileptiques prenant une alimentation salée ordinaire. Or, chez les premières, le phosphate de soude donné à la dose de 6 gr. par jour n'a eu aucun effet sur le nombre des crises, tandis que chez celles qui prenaient du sel, le phosphate de soude à la même dose diminuait les accès. Il faudra multiplier ces cas et voir si, chez les épileptiques bromurés qui prennent le régime salé ordinaire, le phosphate ne constitue pas un adjuvant indispensable au traitement.

Par conséquent, nous pouvons conclure, relativement à l'action des bromures avec l'hypochloruration, à une substitution, dans une certaine mesure, du brome au chlore. A cette substitution une élimination moindre du brome, lorsque le sujet correspond suit un régime hypochloruré. Le sel, au contraire, chasse le brome de l'organisme et augmente son élimination qui devient à la fois plus rapide et plus intense, il chasse également les phosphates.

Nous pouvons ajouter enfin que la méthode de traitement dont nous connaissons maintenant l'explication et dont nous avons pu contrôler les résultats, mérite une sérieuse attention. Son grand avantage consiste en définitive dans une diminution de la dose du médicament administré.

(*Rev. de Psychiatri — Indep. méd.*)

Le croup à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles en 1901

par A. BRUNARD.

L'association microbienne s'est montrée la règle ; dans la grande majorité des cas observés dans le service, elle n'a pas augmenté la gravité de l'affection.

L'élévation thermique dans la diphtérie est, en général, peu accentuée, sauf en cas de complications phlegmasiques : l'influence de l'association microbienne sur la température signalée par certains auteurs ne nous a pas paru évidente.

L'albuminurie est le satellite presque constant de l'intoxication diphtérique et dans une certaine limite, elle permet d'y conclure en dehors de toute analyse bactériologique.

Il existe un croup pseudo-diphtérique à manifestations cliniques identiques à celles de la diphtérie laryngée.

L'absence de bacille de Loeffler à l'analyse microscopique n'autorise pas toujours à affirmer un croup pseudo-diphtérique ; en présence d'urines albumineuses, le diagnostic peut être posé de façon péremptoire.

L'efficacité du sérum est incontestable, elle ne peut être mise en défaut qu'en cas de croup pseudo-diphtérique et son emploi ne donne lieu à aucun accident grave.

A la suite de l'injection, on peut constater parfois une élévation thermique, assez prononcée même, suivie

d'une chute de la température nettement marquée, mais ces phénomènes sont très inconstants et, le plus souvent, l'action sur la température est insignifiante.

L'intubation est une opération facile qui remplace avantageusement la trachéotomie et en supprime la plupart des indications ; elle peut être effectuée même dans les cas où l'asphyxie est imminente.

Le tubage exige une surveillance attentive mais qui cependant sera le plus souvent inutile.

La trachéotomie restera la suprême ressource pour suppléer à l'intubation ; elle sera toujours pratiquée si une surveillance efficace est impossible.

(*La Clinique de Bruxelles — Indep. méd.*)

L'allaitement artificiel ; la débilité congénitale.

Par M. LEVI-SIRUGUE,

L'allaitement au sein peut-être rendu impossible pour diverses raisons que le médecin est obligé d'accepter, par une grossesse en particulier, et alors on pose la question de l'allaitement artificiel. Ce mode d'alimentation du nouveau-né a fait, dans ces dernières années, de réels progrès qu'il présente même sur l'allaitement maternel certains avantages ; on n'est pas toujours ainsi dans la crainte que la nourrice vienne à être insuffisante et surtout on est à l'abri des dangers possibles d'une éclosion syphilitique chez une nourrice qui était saine à son arrivée.

Le lait donné à l'enfant doit toujours être stérilisé pour être débarrassé du bacille de Koch qu'il peut renfermer et des autres germes qui y arrivent rapidement après la traite. Il sera bon d'ailleurs de faire venir le lait de fermes soigneusement tenues et où les vaches examinées par l'épreuve de la tuberculine.

Le lait peut-être stérilisé de deux façons : ou bien à domicile, ou bien il est livré tout stérilisé dans le commerce. En hiver et si le lait fourni n'a été traité que depuis peu d'heures, on peut le stériliser à son domicile, mais en été, surtout par les grandes chaleurs et les temps d'orage, le lait s'altère avec une grande rapidité, et les fermentations ont eu déjà le temps de commencer avant la stérilisation à domicile ; il en résulte que cette stérilisation tardive peut bien tuer les germes, mais ne détruit pas les processus de fermentation et les toxines déjà formés ; c'est là, si on n'en est pas prévenu, une cause importante d'échec dans l'alimentation au biberon par un lait que l'on croit à tort dûment stérilisé.

La stérilisation dans l'industrie se fait en général par un chauffage dans des autoclaves, et nous n'y insisterons pas. A la campagne la stérilisation à domicile pourrait, à la rigueur, se faire si le lait devait être consommé tout de suite par la simple ébullition dans des vases bien propres, quoique le bouillonnement du lait empêche de porter assez loin l'ébullition. C'est pourquoi, pour conserver le lait de la journée qui est à la

ville apporté le matin, on se servira des appareils spéciaux que l'on trouve dans le commerce. Ces appareils se composent généralement d'une marmite munie d'un couvercle et contenant des cases pour loger un nombre variable, une dizaine en général, de flacons. On remplit les flacons de la quantité de lait nécessaire à une tétée, on les bouche avec un obturateur en caoutchouc, on fait affleurer le niveau de l'eau dans l'appareil à celui du lait dans les flacons. On met le couvercle et on prolonge l'ébullition trente ou quarante minutes; au bout de ce temps on retire le couvercle, on sort les bouteilles, dont la tétine, attirée par le vide dû à la condensation de l'air, maintient l'obturation hermétique.

Dans les premiers mois on donnera du *lait coupé* avec de l'eau bouillie sucrée à 10 p. 100; dans la première semaine on coupera le lait de moitié d'eau, puis seulement d'un tiers pendant les quatre ou cinq premiers mois, ensuite on donnera du lait pur un peu sucré. On a proposé divers procédés pour permettre à l'alimentation artificielle de se rapprocher le plus possible de la composition du lait de la femme; le plus répandu en France est le *lait maternisé*. Si l'allaitement artificiel est employé seulement à titre de complément de l'allaitement au sein, M. Pinard croit qu'on peut d'emblée donner du lait pur, le lait maternel en facilitant la digestion.

Le médecin devra veiller à l'*absolue propreté du biberon*, qui devient si souvent un agent d'infection. Dans l'intervalle des tétées, le biberon, qui aura été nettoyé après chaque tétée, sera laissé dans une solution boriquée; on choisira le biberon court, facile à nettoyer. C'est seulement à force de patience et en inculquant aux familles des principes de vraie antiseptie, que le médecin arrivera à des bons résultats avec l'allaitement artificiel; la vie du nourrisson qui est en jeu vaut bien ces efforts.

A partir du neuvième mois, on *préparera le sevrage*, en commençant à varier progressivement l'alimentation. Pour cela une tétée d'abord, puis plusieurs seront remplacées par de la bouillie de froment ou de la farine lactée, de la farine de riz, des potages au lait, selon le goût de l'enfant, et les indications particulières suscitées par la diarrhée ou la constipation. On arrivera ainsi à ce que l'enfant n'ait plus qu'une ou deux tétées dont il pourra bientôt se passer. Il n'y a cependant pas d'inconvénient pour l'enfant à continuer encore quelque temps l'allaitement au sein.

Il n'a été question jusqu'ici que d'un enfant absolument normal, venu à terme, avec un poids normal de 2 kilogs. Mais que doit on faire s'il s'agit d'un prématuré, d'un enfant atteint de *débilité congénitale*? Ici, la seule chance de salut est l'allaitement au sein; cependant il arrive souvent qu'à sa naissance l'enfant est trop faible pour faire les efforts voulus de succion; aussi devra-t-on, pendant quelques jours, lui donner à la cuiller, ou avec une sonde urétrale introduite par le nez, le

lait extrait du sein. La quantité de lait que peuvent absorber ces enfants étant bien inférieure à la normale, il s'ensuit qu'en ville une nourrice vigoureuse a trop de lait et il y a à craindre que la montée du lait ne vienne à diminuer. Aussi serait-il sage, comme on le conseillait récemment, de laisser têter aussi ces nourrices pendant les premiers temps par leur propre enfant; ce serait l'intérêt du nourrisson débile, mais ce conseil va rarement au gré des familles.

Ces petits avortons sont généralement œdématisés et ont peu de résistance à l'égard du froid. Aussi convient-il de les réchauffer et de les bien maintenir enveloppés dans de l'ouate dans un lit chauffé par une boule, en recommandant de veiller à ce qu'elle ne brûle pas l'enfant. La chaleur indispensable à ces débiles est utile même aux nourrissons normaux; il semble que c'est une mauvaise pratique de croire qu'il faille habituer l'enfant tout de suite dès son entrée dans la vie à résister au froid, parce que cette dépense de calories se fait au détriment de l'accroissement du poids.

Dans une récente étude sur les infections chez les prématurés, Delestre a montré que le prématuré hypothermique a plus de chance de succomber à la bronchopneumonie hémorragique; le prématuré à température normale résiste mieux à l'infection et ne meurt que s'il y a septicémie. La modification de la température et du poids sont souvent les seules indices de l'infection.

Faut-il mettre les prématurés dans une *couveuse*? C'est là une des questions les plus importantes qui se pose au médecin. Les couveuses rendent, certes, de grands services, surtout dans les maternités, mais les meilleurs sont imparfaites et ont de graves inconvénients. Il est souvent difficile de bien régler la température et, sans une attention scrupuleuse, on risquerait de la laisser se refroidir ou, ce qui serait plus grave encore, trop s'échauffer. Mais le plus gros reproche est qu'elles deviennent pour ainsi dire des étuves de culture microbienne et qu'elles sont pour le nourrisson une source d'infection. Aussi avons-nous maintes fois entendu dire à notre maître, le professeur Hutinel, qu'il était dangereux d'y laisser trop longtemps un enfant et surtout un débile, si réceptif aux germes pathogènes. La plus simple couveuse et la meilleure, au moins en ville, est peut-être la couveuse improvisée que recommande M. Marfan, et qui consiste à mettre l'enfant devant une cheminée allumée et entourée d'un paravant au-dessus duquel on dispose un drap.

Si la température de l'enfant restait encore au-dessous de la normale, on pourrait lui donner des bains chauds ou même *sinapisés*. Grâce à ces moyens, grâce aussi aux *injections de serum artificiel* dont nous aurons à reparler, le petit débile devient bientôt capable de prendre le sein, et augmente de poids. L'œdème diminue, et à ce propos il est bon de faire remarquer que, quand l'anasarque disparaît, on observe une brusque diminution de poids, qui peut-être d'une centaine de

grammes en vingt-quatre heures ; il faut se garder de faire un mauvais pronostic de cette perte éphémère du poids qui est, au contraire, un bon indice. La suite de la courbe ne tarde pas à en faire foi.

Gaz. des hôp.)

Des Tachycardies de la ménopause

(D'après M. R. Bailleau).

Les accidents cardiaques de la ménopause sont encore mal connus ; si les palpitations, l'accélération des battements cardiaques étaient signalées par les anciens auteurs, du moins ceux-ci ne les rattachaient-ils pas à leur véritable cause, les attribuant soit à des lésions organiques préexistantes, soit à des affections nerveuses, l'hystérie principalement ; c'est l'opinion soutenue par Barié et plus tard par Huchard. Stolz signale bien les troubles apportés par la ménopause à l'innervation cardiaque : mais c'est Clément (de Lyon) qui, le premier, étudie avec précision les troubles cardiaques qui se présentent avec les mêmes caractères chez des sujets n'ayant qu'une particularité commune, la ménopause. Les faits peuvent se diviser en deux groupes ; dans le premier groupe, on range les sujets présentant les symptômes fonctionnels d'une maladie grave du cœur, sans que rien ne la révèle à l'auscultation ; au second groupe appartiennent les malades porteurs d'une lésion valvulaire antérieure, mais restée latente jusque-là. S'agit-il dans le premier cas de désordres purement fonctionnels ? M. Huchard ne le pense pas : pour lui, lorsque la ménopause s'établit d'une façon anormale, les femmes présentent de l'hypertension artérielle, cause incessante d'irritation de la membrane interne des vaisseaux ; amenant à la longue son altération et constituant l'artériosclérose ; mais, comme le remarque Bailleau, avant que les lésions artérielles ne soient constituées, il s'agit de troubles purement fonctionnels, dont l'existence ne saurait dès lors être mise en doute. Huchard décrit six formes des affections cardiaques de la ménopause : 1° la forme *tachycardique* peut être fonctionnelle (hypertension artérielle) ou organique (lésion du cœur ou des vaisseaux) ; 2° la forme *artérielle* est organique (artério-sclérose) ; 3° l'hypertension artérielle peut *aggraver une cardiopathie préexistante* et jusque-là bien compensée ; 4° la forme *névrosique* est caractérisée par des troubles purement nerveux (hystérie ou neurasthénie) : " c'est le nerf vague qui divague ; " 5° des troubles réflexes peuvent être sous la dépendance des lésions de l'utérus (*forme utérine*) ; 6° l'obésité généralisée souvent observée au moment de la ménopause s'étend au cœur (*forme adiposique*). Bailleau s'attache surtout aux troubles *purement fonctionnels* ; mais ceux-ci se divisent en deux groupes ; les uns sont de nature réflexe, la ménopause aggravant des lésions de l'utérus qui retentissent directement sur le cœur ; les autres, et ce sont les seules qu'il étudie dépendent directement de la

ménopause, en dehors de toute lésion d'un autre organe ; ils sont sous la dépendance de la *suppression de la fonction ovarienne*.

Vers le début de la ménopause, apparaissent des accès de palpitations. Les palpitations deviennent de plus en plus fréquentes, se manifestant même la nuit et s'accompagnant d'une légère sensation d'angoisse. Les bouffées de chaleur, les éblouissements, les vestiges, les lypothymies, sont des symptômes associés fréquents, ainsi que l'essoufflement : les accès de dyspnée sont fréquents, surtout lorsque la malade est debout ou fait un effort ; cette dyspnée cardiaque ne se révèle par aucun trouble respiratoire, sinon une légère accélération du rythme. Les troubles vaso-moteurs prennent quelquefois une importance particulière (pâleur des téguments, sensation d'angoisse, sensation de froid au niveau des extrémités). On peut noter aussi une sensation de pesanteur à l'épigastre, et de l'œdème léger des membres inférieurs, considéré comme fréquent par Clément et comme très rare par Kirch.

Dans tous ces cas, l'auscultation ne révèle rien, sinon une accélération notable des battements cardiaques dont le rythme reste normal ; il n'y a pas d'hypertrophie du cœur ; quant au pouls, il est faible et inégal pour Clément (hypotension), fort et régulier pour Kirch (hypertension).

Les accès ont une intensité et une durée variables (quelques minutes à un quart d'heure) ; il sont irréguliers dans leur mode d'apparition et deviennent d'autant plus fréquents que la maladie se prolonge. D'ailleurs, avec le temps ou sous l'influence du traitement, l'amélioration se manifeste, la durée totale de l'affection variant de quelques semaines à plusieurs mois.

Le pronostic est toujours bénin, sauf les cas signalés par Huchard, où l'hypertension, cause des accidents, n'est que la première manifestation de l'artériosclérose.

Peut-être doit-on rattacher aux tachycardies la ménopausée les formes frustes du goître exophtalmique (Zalzal). Dalché pense que la ménopause peut à elle seule créer le syndrome de Graves-Basedow, opinion d'autant plus acceptable que l'on connaît mieux les relations entre les troubles ovariens et les affections du corps thyroïde (Galliard, Odey, Sayle, Moreau).

Le diagnostic de la véritable nature des tachycardies de la ménopause peut être délicat : il importe d'éliminer, par un examen attentif, les tachycardies par lésion organique du cœur, par réflexe viscéral, par névrose ; et l'on arrive par exclusion à la seule cause possible, la ménopause.

Cela posé, quelle est le mécanisme de la tachycardie dans ces cas, quelle en est la pathogénie ?

Si l'on admet qu'un seul facteur étiologique existe ici, la ménopause, on peut conclure facilement que les troubles observés dépendent des modifications de la fonction ovarienne.

Or, l'ovaire doit être considéré :

1° Comme une glande à sécrétion externe dont l'ovule est le résultat, la ponte de l'ovule se traduisant par des hémorragies, les règles ; la suppression de l'écoulement du sang pour déterminer dans l'organisme une véritable surcharge ; la *pléthore sanguine* est peut-être dans certains cas la seule cause des accidents.

2° L'ovaire est chargé d'éliminer, par les menstrues qui sont en rapport direct avec l'évolution, des produits toxiques (Andral et Gavarret, Robin et Boinet, Keller Spillmann et Etienne).

L'ovaire est une glande à sécrétion intrinsèque, sécrétant un produit encore peu connu et utile à l'organisme (Brown-Séquard, Gedoroff, Caratulo et Farulli, Jayle, A. Gautier).

On conçoit que la suppression de la fonction ovarienne détermine des troubles plus ou moins graves (rétention de produits toxiques, et disparition d'une sécrétion utile à l'organisme). La tachycardie peut relever de l'excitation du grand sympathique agissant soit sur les artères (spasme des artères entraînant l'hypertension : Huchard), soit directement sur le cœur (Clément). Pour Bailleur, il s'agit non d'une action réflexe, mais d'une intoxication dont la cause serait dans l'*insuffisance ovarienne*, et cette action toxique semble se porter de préférence sur le grand sympathique : l'insuffisance ovarienne est donc la cause de l'excitation du système nerveux que Clément avait bien étudiée, mais sans en rechercher le mécanisme. Cette opinion est en rapport avec les bons effets de l'opothérapie ovarienne dans les tachycardies de la ménopause.

Si, en effet, dans le traitement de ces troubles on doit tenir un certain compte de l'élément fluxionnaire et combattre la pléthore par des purgatifs légers, des émissions sanguines, des bains de siège, des bains de pied sinapisés, etc. ; si, lorsque l'hypertension est manifeste, l'opium et le bromure donnent de bons résultats comme l'a bien montré Huchard ; et si, dans l'intervalle des crises l'hydrothérapie combat efficacement l'hyperexcitabilité nerveuse, il n'en est pas moins vrai qu'à l'origine des accidents on trouve l'insuffisance ovarienne, et que, par suite, l'opothérapie ovarienne trouve ici sa place naturelle (Jayle, Muret, Dalché). On peut prescrire l'ovaire cru en ingestion, le liquide ovarique en injections sous-cutanées, ou l'ovarine en cachets ou en tablettes : on préférera cette dernière préparation (0g20 centigrammes à 0g40 centigrammes chaque jour, à prendre en deux fois).

(Gaz. des hôp.)

Badigeonnage à la glycérine et au formol.

Le formol se dissout mieux dans la glycérine que dans l'eau. Cette propriété a été mise à profit par le Dr Jordan, qui emploie un mélange de 0 gr. 10 centigr. à 0 gr. 30 centigr. d'aldéhyde formique et de 8 gr. de gly-

cérine pure, qu'il prépare au moment de s'en servir.

M. Jordan a essayé cette mixture pour les badigeonnages de la gorge. La glycérine offre l'avantage de pénétrer dans les couches profondes de la muqueuse, ce qui permet à l'action bactéricide de la formaline de s'exercer d'une manière plus radicale. Dans l'amygdalite folliculaire au début, une seule application de glycérine formalinée, pratiquée largement au moyen d'un pinceau pharyngien ordinaire, suffirait pour ramener en quelques heures d'une façon définitive la température à la normale. Il importe seulement que le malade ne prenne aucune boisson pendant la première heure qui suit le badigeonnage afin de ne pas entraver l'action du médicament. On obtiendrait également de très bons effets dans les cas de diphtérie, toutes les fois que les fausses membranes sont limitées au pharynx.

On emploie également le formol contre la teigne tondante. Après avoir soigneusement lavé toute la plaque d'abord à l'essence de térébenthine, puis avec du savon et de l'eau chaude, on pratique une friction énergique au moyen d'un linge imbibé de glycérine formalinée à 4%. S'il existe un degré intense d'inflammation, on se borne à maintenir pendant plusieurs heures, sur la région atteinte, une compresse imprégnée de la même solution. L'application d'une pommade à l'acide borique ou à l'oxyde de zinc, ou encore des lotions à l'eau blanche viennent ensuite compléter la cure dans l'espace de quelques jours, sans que jamais on ait besoin de recourir une seconde fois à l'aldéhyde formique.

(Journ. de méd. de Paris.)

CHIRURGIE

Le traitement des adénites tuberculeuses.

(CALOT.)

Il ne faut extirper les adénites tuberculeuses que si les autres moyens ont échoué. Les cas d'extirpation ne sont donc que le rebut des autres méthodes.

Dans la clientèle, les indications opératoires sont exceptionnelles.

Je n'ai jamais dit autre chose ; et je n'en demande pas davantage.

Je ne fais l'extirpation que si les autres moyens ont échoué, et je ne la fais jamais qu'à regret, estimant que, dans cette manifestation comme dans toutes les autres localisations de la tuberculose externe, l'avenir est à la chirurgie conservatrice et non pas à la chirurgie opératoire.

En présence d'une tuberculose externe, le chirurgien assure le repos et un bon traitement au malade ; si, en outre, on peut le faire vivre au bord de la mer, l'on voit après un temps plus ou moins long le foyer disparaître par résolution : c'est la guérison spontanée,

le chirurgien se bornant à faire un traitement orthopédique, lorsqu'il s'agit de tuberculoses des os ou des articulations.

Le foyer tuberculeux, lorsqu'il ne se termine pas ainsi, aboutit au ramollissement.

Alors le chirurgien intervient, non pour extirper la lésion, mais pour traiter cette poche par des ponctions et des injections modificatrices, et la guérison est obtenue ainsi par les chirurgiens ayant l'habitude de la méthode, plus parfaitement que par une opération sanglante. Elle se fait sans mutilation.

Pourquoi les chirurgiens, qui acceptent ces principes thérapeutiques en présence de toutes les autres tuberculoses externes, les méconnaissent-ils, lorsqu'il s'agit de tuberculose des ganglions du cou ?

La chirurgie conservatrice a, depuis 15 ans, détrôné partout ailleurs la chirurgie interventionniste. Celle-ci ne saurait trouver ici des guérisons plus complètes, plus durables que partout ailleurs, ni de moindres mutilations, car elle laisse des cicatrices disgracieuses, stigmates indélébiles de la scrofule.

Il faut s'en passer, aussi souvent qu'on le peut, et ne la considérer que comme un pis aller.

L'on sait dès maintenant guérir sans extirpation, dans tous les cas d'adénites ramollies, en les traitant par des ponctions et des injections modificatrices.

Dans les cas d'adénites dures, l'on n'a pas davantage le droit d'opérer immédiatement, car elles ont de très grandes chances de se résorber spontanément ; et l'on y aide par un bon traitement général et le séjour prolongé au bord de la mer.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels, suivant l'aveu de notre rapporteur, où, malgré tout, malgré ce très long temps attendu, une ou plusieurs années comme l'on fait pour une coxalgie, et il n'y a aucun inconvénient à attendre, soit au bord de la mer, soit même ailleurs ; ce n'est que dans ces cas exceptionnels où l'adénite ne se ramollit ni se résorbe, où elle ne bouge plus, que l'on a le droit d'intervenir.

On essaiera d'abord de provoquer artificiellement soit la résolution, soit le ramollissement de l'adénite par une méthode capable de sauvegarder l'intégrité de la peau, c'est-à-dire par des injections intra-ganglionnaires.

Résolution ou ramollissement ont été souvent obtenus par des injections. On saura mieux l'obtenir encore, lorsqu'on aura perfectionné davantage cette méthode.

C'est dans ce sens qu'il faut travailler selon moi, bien plutôt que dans le sens d'une modification de la technique de l'extirpation.

Celle-ci deviendra de plus en plus exceptionnelle.

Les adénites, comme toutes les autres tuberculoses externes, seront guéries par les seules ressources de la chirurgie conservatrice, pour le plus grand bénéfice des malades.

(J. de méd. de Paris).

Guérison radicale de l'hypertrophie de la prostate.

par M. ALBARRAN.

Je suis convaincu de ce que dans l'hypertrophie de la prostate la perte de la contractilité vésicale est secondaire aux lésions glandulaires. Je crois encore que, même dans les cas invétérés, la sclérose vésicale secondaire ne joue que peu de rôle dans l'impuissance de la miction ; si les malades éprouvent les difficultés à uriner, c'est parce que l'obstacle mécanique constitué par la prostate s'y oppose et en partie aussi parce que la contractilité vésicale est inhibée. Guidé par ces idées, j'ai enlevé la prostate aussi complètement que possible, sans léser le sphincter. Il y a 1 an 1/2, j'ai opéré deux malades par des procédés imparfaits : l'un conservant une fistule 4 mois ; l'autre guérit et reste guéri.

Depuis 6 mois, j'ai opéré 14 malades dont les observations seront rapportées dans la thèse de mon interne, M. Petit ; je n'ai eu aucune mort ; tous les malades dont le traitement est fini sont guéris ; ceux qui sont encore en traitement vident spontanément leur vessie.

Gravité opératoire. — Tous mes opérés étaient infectés ; leur âge moyen est de 63 ans (57 ans le plus jeune, 73 le plus âgé), trois avaient de la pyélonéphrite, plusieurs étaient dans un mauvais état général, beaucoup ont présenté des difficultés opératoires sérieuses. Dans ces conditions, je n'ai eu aucune mort et les suites opératoires ont toujours été simples, sauf chez un malade, dont la plaie périnéale avait été trop fermée, qui présente des phénomènes d'infection.

Résultats thérapeutiques. — Pour ces 14 malades, il en est un parti de l'hôpital avant la fermeture de la plaie, dont je n'ai pu avoir des nouvelles.

Deux récemment opérés ont encore une sonde : tous deux vont bien.

Trois encore en traitement à l'hôpital, vident complètement leur vessie, mais perdent encore un peu d'urine par le périnée : ce sont des opérés récents.

Huit sont guéris : j'entends qu'ils vident complètement et spontanément leur vessie ; les urines sont devenues claires, leur état général bon, et depuis l'opération, ils n'ont plus eu besoin de se sonder. Le plus ancien opéré date du mois d'avril : il était en rétention complète depuis 8 mois : il reste guéri.

Sur mes 11 opérés, dont le traitement est fini ou près de l'être, 4 étaient en rétention chronique complète d'autant de 8 mois à 5 ans ; 2 avaient une rétention complète récidivante depuis 15 et 17 jours ; 5 avaient de la rétention chronique incomplète de 150 à 500 grammes, les uns ont à se sonder plusieurs fois par jour.

L'absence de mortalité, la simplicité des suites opératoires, les résultats thérapeutiques constamment bons, ont dépassé mes espérances. Je crois la prostatectomie périnéale subtotalaire indiquée chez tous les prostatiques, sauf contre-indications tenant à des suppurations locales diffuses, à de graves lésions vénales, au trop mauvais

état général, à l'âge trop avancé, lorsque le cathétérisme est bien toléré.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les fractures du crâne.

par M. René TESSON.

Tout récemment, dans diverses communications à la Société de biologie (Séance du 25 mai 1901), à la Société médicale des hôpitaux (Séance du 12 juillet 1901) à la Société de chirurgie (Séance du 17 juillet 1901) MM. Tuffier et Milian ont appelé l'attention sur un nouvel élément de diagnostic des fractures du crâne, la coloration rouge du liquide céphalo-rachidien, retiré par ponction lombaire. Ils ont rapporté plusieurs cas dans lesquels, les signes cliniques étant insuffisants, la ponction lombaire ramena un liquide franchement hémorragique, et l'autopsie montra une fracture du crâne. Inversement dans un autre cas, également douteux, le liquide était clair, et le malade guérit.

De ces faits, MM. Tuffier et Milian tirent les conclusions suivantes : 1° la présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien "suffit pour faire admettre le diagnostic de fracture du crâne ;" 2° "la clarté du liquide écarte de suite toute idée de fracture."

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt pratique de premier ordre qui s'attache à ces recherches ? Le chirurgien se trouverait ainsi en possession d'un signe, facilement constatable et d'interprétation immédiate, lui permettant de résoudre, aussi rapidement qu'élegamment, le problème clinique si délicat qu'est le diagnostic des fractures du crâne. C'est assurément là une des plus séduisantes applications de la ponction lombaire, qui compte déjà à son actif de si brillants états de service.

Cependant, il serait peut-être excessif de considérer ce nouveau signe comme absolument pathognomonique des fractures du crâne, et l'observation qui va suivre montre que les deux propositions de M. Tuffier et Milian ne sauraient être acceptées telles qu'elles sont formulées ici.

Un homme de 37 ans, Auguste K..., est amené le 22 juillet à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ricard. Il est soutenu par deux brancardiers et marche en traînant péniblement ses jambes ; il a l'air profondément hébété, et ne répond aux questions qui lui sont adressées que par quelques mots dénués de sens. Le seul renseignement qu'on ait sur lui c'est qu'il a tombé d'une échelle, la veille au soir, d'une hauteur de 2 mètres environ. On constate une plaie contuse au niveau de la base pariétale gauche, une ecchymose palpébrale du même côté, une contusion du sommet de l'épaule. Dès le lendemain, le blessé devient demi-comateux et reste tel les jours suivants ; parfois, cependant, sa torpeur est coupée de courtes périodes d'agitation : il se lève, mar-

che dans la salle. Le 5e jour son état paraît s'améliorer mais le 6e, il retomba dans le coma ; sa température, qui s'était maintenue au voisinage de 37 degrés, s'élève à 38°,4, 39°,2. Il meurt au 9e jours.

A aucun moment, il ne présenta d'autres symptômes que ces phénomènes cérébraux : ni épistaxis, ni otorrhagie ; l'ecchymose palpébrale, constatée dès son entrée, diminue et ne s'accompagna pas d'ecchymose conjonctivale, par instants, il eut des contractions spasmodiques des muscles de la face, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et on crut même un jour à une paralysie faciale inférieure du côté gauche, mais cette apparence de dura pas. Le membre supérieur gauche était en état de demi-contraction douloureuse, mais on ne pouvait dire si ce symptôme ne relevait pas les lésions traumatiques que traduisait la forte ecchymose de l'épaule.

Bref, si la contusion cérébrale était manifeste, les éléments faisaient défaut pour affirmer ou nier d'une façon catégorique une fracture du crâne coexistante.

Une ponction lombaire fut pratiquée le 25, au 4e jour : le liquide céphalo-rachidien était franchement hémorragique ; il s'écoula par gouttes pressées, on en recueillit quelques centimètres cubes uniformément teintés.

La ponction fut renouvelée le 29, au 8e jour : cette fois, le liquide se montra absolument clair.

Cette discordance entre les résultats fournis par la ponction lombaire à 4 jours d'intervalle, en rendait l'interprétation plutôt obscure ; car en s'en tenant aux termes mêmes de leurs communications, si MM. Tuffier et Milian admettent (est-ce *a priori* ou pour l'avoir constaté ?) que le liquide céphalo-rachidien peut être teinté tardivement, et par conséquent qu'il ne faut pas se hâter s'il est clair, de conclure à l'absence de fracture, ils ne disent nulle part ce qu'il faut penser d'un liquide qui redevient incolore après avoir été rouge.

L'autopsie fut pratiquée à la Morgue par M. le Dr Vibert, qui voulut bien nous permettre d'y assister. Sous la plaie du cuir chevelu existait une très étroite fissure, qui, descendant de la bosse pariétale, atteignait l'écaille temporale, suivait la suture temporo-pariétale, traversait la grande aile du sphénoïde pour finir à la fente sphénoïdale. Cette fissure était remarquable par son étroitesse, par l'absence de tout écartement entre ses lèvres. A son niveau, la dure-mère n'était ni décollée, ni déchirée ; la surface cérébrale correspondante était absolument intacte. Il n'y avait, du côté de la fracture aucune espèce d'hémorragie. Mais du côté opposé, la face externe du lobe sphénoïdal offrait des lésions de contusion destructive assez étendues et un épanchement sanguin en nappe recouvrait presque toute la face externe de l'hémisphère cérébral.

Il ne paraît pas discutable que la coloration hémorragique du liquide céphalo-rachidien, constatée à la première ponction, doive être rapportée à cet épanchement, et par conséquent à la contusion cérébrale indi-

recte, déterminée par le traumatisme et contemporaine de la fracture; mais on ne peut dire qu'elle soit fonction de cette fracture elle-même. Or, il est des cas où la contusion cérébrale existe sans lésion cranienne; d'autre part, il est rationnel d'admettre que le liquide céphalo-rachidien puisse être coloré par le sang dans les conditions toutes différentes, en dehors de tout traumatisme, par exemple dans l'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire ou méningée. Il serait donc erroné de faire, de ce symptôme, la caractéristique des fractures du crâne.

Notre observation montre de plus, qu'après avoir été franchement hémorragique, le liquide peut redevenir clair. Sans doute, les globules rouges répandus dans les espaces sous-arachnoïdiens disparaissent rapidement par phagocytose, tandis que le caillot originel, subissant déjà des phénomènes d'enkystement, ne permet plus de nouvelles migrations. Quoi qu'il en soit, le fait existe, et il faut en conclure que, suivant le moment où elle est pratiquée, la ponction lombaire est capable de fournir des résultats absolument contradictoires.

En résumé, MM. Tuffier et Milian ont enrichi la sémiologie du liquide céphalo-rachidien d'une donnée nouvelle: c'est l'étude d'observations précises impartialement relatées comme la nôtre, qui permettra d'en apprécier la valeur.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Le traitement chirurgical de la paralysie infantile.

(CALOT.)

Le chirurgien et l'orthopédiste revendiquent chacun de son côté le traitement de la paralysie infantile.

Le chirurgien veut arriver à supprimer pour ces malades l'usage de tout appareil, et l'orthopédiste, pour ces mêmes maladies, proscrit toute opération chirurgicale pour s'en tenir aux seuls appareils!

Écoutez les séparément; l'un et l'autre paraissent avoir raison,

La paralysie infantile frappe les os, ou les articulations ou les muscles: les os, pour amener le raccourcissement des membres; les articulations, pour donner des jointures ballantes; les muscles, pour les anéantir en totalité ou en partie; lésions des os, des jointures et des muscles qui entraînent à leur suite des déviations.

Le chirurgien corrige ces déviations en supprimant par le bistouri et la scie tous les obstacles.

Il corrige le raccourcissement du membre inférieur par une arthrodèse du pied en extension ou l'opération de Wladimirow-Mikulicz.

Il soude par l'arthrodèse les articulations ballantes; il fait contre la lésion des muscles leur anastomose avec des allongements ou raccourcissements tendineux.

L'orthopédiste corrige les déviations avec des appareils articulés à vis réglables.

Il corrige le raccourcissement, avec des chaussures appropriés à la laxité des articulations, par des appareils rigides ou articulés pouvant être fixés pendant la marche et rendus mobiles pour la position assise à l'aide d'un verrou.

Il remplace les muscles paralysés par des muscles artificiels, ressorts métalliques ou en caoutchouc.

De ces méthodes, quelle est la meilleure? Il ne faut pas préférer (comme c'est notre tendance actuelle) celle avec laquelle nous sommes le plus familiers, pour cette seule raison que nous la connaissons mieux, mais celle qui donne les meilleurs résultats.

Voici mon sentiment à ce sujet. Pour lutter contre les raccourcissements du membre, une chaussure bien faite, avec moulage du pied pris dans des conditions spéciales, rend la marche plus facile et meilleure que l'opération de Mikulicz, de l'aveu d'un grand opérateur, Ollier, lui-même, et l'on évite ainsi (l'avantage n'est point négligeable) une opération sanglante.

L'arthrodèse a donné beaucoup de mécomptes et ne doit plus guère être faite qu'au genou et, dans quelques cas, au cou de pied pour les enfants de l'hôpital. Chez les enfants de la ville, les appareils sont toujours préférables, si ce n'est peut-être au genou. C'est tantôt un appareil rigide, tantôt et mieux un appareil articulé avec un verrou, qui fixe la jointure pour la marche et lui rend sa mobilité pour la position assise.

Pour les lésions des muscles, les anastomoses musculaires sont très en honneur à l'heure actuelle; mais je crois avec Kirmisson que, bien que cette intervention soit très séduisante, il faut être très réservé sur son avenir, tandis que la méthode essentiellement française du remplacement des muscles perdus par les muscles artificiels en caoutchouc a fait ses preuves pour les mêmes cas.

Quant à la correction des déviations déjà produites par la paralysie infantile, la chirurgie les corrige d'un coup parfaitement par des procédés d'une bénignité assurée: et ces redressements immédiats doivent être préférés aux lents et parfois incomplets redressements que donnent les appareils.

C'est seulement après avoir obtenu d'un coup le redressement, qu'on appliquera les appareils.

(J. de méd. de Paris.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Le traitement du cancer par la quinine.

D'après M. C. VALATX.

La quinine peut être administrée à l'intérieur, en cas de cancer, soit par la voie buccale, c'est la méthode de Jaboulay, soit par la voie sous-cutanée, c'est la mé-

thode décrite par M. Valatz.

L'administration buccale permet aux malades de se soigner eux-mêmes, mais elle présente souvent l'inconvénient d'amener de graves accidents d'intolérance. Au contraire, la quinine absorbée par la voie sous-cutanée est toujours parfaitement tolérée. Les piqûres sont faites sur la face antéro-externe. La peau est nettoyée au sublimé et à l'éther ; la seringue et l'aiguille sont bouillies. La solution de quinine, stérilisée, et hermétiquement close dans une ampoule de verre contenant exactement la quantité nécessaire à une seule injection. Après avoir formé un pli cutané avec le pouce et l'index gauche, on enfonce l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané. La piqûre est peu douloureuse. C'est lorsqu'on pousse le liquide dans le tissu sous-dermique que la douleur est parfois assez vive ; mais il cesse en même temps que la pénétration du liquide sous la peau. On retire vivement l'aiguille en comprimant la peau avec l'index gauche et on met sur la piqûre une goutte de collodion. En suivant cette méthode, on n'a jamais d'abcès. Ces piqûres sont faites pendant dix jours consécutifs, on les suspend dix jours, puis on recommence une nouvelle série. La piqûre peut contenir, *pro die*, de 0g15 à 0g30 ou 0g50 par jour. Le sel employé est bromhydrate de quinine qui est parfaitement soluble. Cette méthode a sur elle de l'administration buccale l'immense avantage de laisser intactes les voies digestives, ce qui permet à la quinine de conserver toute sa puissance et de rendre aux malades l'appétit qu'ils ont presque toujours perdu.

Des observations publiées par M. Valatz, il résulte que, sous l'influence de cette médication, tous les symptômes que présentent les malades se sont rapidement amendés, mais que la lésion elle-même ne rétrocede pas, à proprement parler. Elle se nettoie, se déterge, donne lieu à des écoulements bien moins abondants et moins fétides, mais elle ne rétrocede pas et continue à progresser, quoique plus lentement.

Comment agit la quinine dans ce cas ? Ce médicament possède, comme on sait, une valeur antiseptique extrême : elle exerce sur les organismes inférieurs une action toxique des plus énergiques ; de plus, elle ralentit considérablement les combustions organiques, elle détermine une vaso-constriction générale, elle est antithermique.

D'autre part, les leucocytes possèdent, comme on sait, la fonction phagocytaire. Cette fonction s'accomplit au moyen des ferments — les cytases ou alexines — qui permettent la digestion des substances étrangères par les leucocytes ; elle n'est possible que si les phagocytes peuvent arriver au contact des corps étrangers autrement dit que si la chimiotaxie de ces corps n'est pas négative.

Ceci étant posé, comment agit la quinine ? M. Jaboulay pense que la quinine agit par son action antiseptique. M. Vincent estime que l'action atrophiante de la

quinine est due à l'excitation des éléments musculaires lisses des petits vaisseaux, excitation qui a pour résultat d'"affamer" la tumeur ; M. Lépine admet l'action antiseptique de la quinine, mais suppose de plus que cette substance agit en diminuant la quantité des sucques plasmatiques. En somme, pour un certain nombre d'auteurs, le parasite du cancer est sinon détruit définitivement, du moins affaibli et diminué dans sa virulence sous l'action de la quinine.

Il est rationnel de penser de plus que la quinine joue par elle-même un rôle chimiotaxique positif, qu'elle favorise la diapédèse et augmente ainsi la phagocytose. Quoi qu'il en soit la quinine améliorant l'état général, diminuant les douleurs, retardant l'évolution de la maladie, constitue actuellement, d'après M. Valatz, notre meilleur traitement médical du cancer.

(Gaz. méd. belge.)

Un nouveau traitement de la phlegmatia alba dolens

La phlegmatia alba dolens post-puerpérale est relativement assez fréquente.

Beaucoup moins sans doute depuis que l'antisepsie de l'accouchement est devenue un dogme mais elle existe néanmoins encore. Bien plus, on peut l'observer même dans des cas où, franchement, on n'a pu observer d'accidents infectieux.

Il n'est pas extrêmement rare, par exemple, d'observer des femmes qui accouchent normalement, sont soignées suivant la méthode antiseptique, ne présentent aucun trouble morbide et qui néanmoins, 8 à 10 jours après leur accouchement présentent une phlegmatie de la cuisse puis de la jambe ; quelquefois même la maladie débute par le pied comme j'en ai vu un cas récent.

Franchement dans ces cas, y a-t-il eu infection ? Il est permis d'en douter. Et, en effet il n'y a pas que les microbes qui soient capables de déterminer la production d'un caillot obturateur.

Il peut se produire un ralentissement de la circulation du sang avec altération traumatique par exemple des parois de la veine et aussitôt il pourra se former un caillot. Mais, et c'est la surtout un processus qui est maintenant bien connu, il peut y avoir sous certaines influences production dans l'organisme de substances coagulantes. C'est ce que déterminent par exemple des extraits de capsules surrénales.

Inversement les solutions de peptones, d'extraits de sangsues, de muscles d'écrevisses, de sérum d'anguille ou de foie de crustacés ont le pouvoir si on les introduit dans l'organisme, d'y déterminer la production de substances anticoagulantes. On connaît les expériences classiques en physiologie d'injections de peptones qui rendent le sang incoagulable, même une fois qu'il est extrait de l'organisme ou qui ne le laissent coaguler que très lentement.

Les physiologistes pensent que la substance anticoagulante est produite dans le foie sous l'influence de certaines zymases d'origine albuminoïde cellulaire ou digestive.

Si donc on applique ces données à la clinique, on constate que le foie pendant la grossesse est ordinairement plus ou moins altéré, tandis que le sang devient plus riche en fibrine. Ce sont donc deux conditions qui doivent certainement favoriser la production très facile de caillots intraveineux sous l'influence déterminante de causes occasionnelles peu importantes, physiques ou chimiques.

Donc, en dehors de l'infection, il existe dans la grossesse et dans l'accouchement des conditions qui, à elles seules, sont suffisantes pour produire la phlébite. S'appuyant sur ces considérations, le Dr Keim propose le traitement opothérapique suivant :

Introduire dans l'organisme une certaine quantité de peptone mélangée à du foie de veau : le foie de veau est destiné à parer à l'insuffisance fonctionnelle hépatique de la parturiente.

Voici dès lors comment a procédé l'auteur dans deux cas qui, tous les deux, ont été couronnés de succès. La malade étant dans la position horizontale, on glisse sous le siège un bassin plat. Après un grand lavement évacuateur, on introduit dans le rectum le mélange suivant :

Foie de veau.....	100 gr.
Peptone.....	5 ou 10 gr.
Eau.....	250 gr.

Ce mélange est introduit en deux fois à 1/2 heure d'intervalle.

On peut le répéter deux fois par jour. Il est bon d'ailleurs d'intervenir promptement et d'administrer ces lavements dès les premiers symptômes de douleur locale, de gêne et de gonflement. Plus tard, ce traitement ne peut guère avoir d'action que pour hâter la résolution.

Telle est cette curieuse méthode, basée complètement sur la physiologie. Il est bien évident qu'elle a besoin de la confirmation clinique reposant sur de nombreuses observations. Mais comme, en somme, elle est d'un emploi facile, qu'elle ne présente, d'ailleurs, aucun danger, on peut facilement l'essayer. La seule difficulté est d'avoir toujours sous la main, juste au moment voulu du foie de veau suffisamment frais. Il y a là une petite difficulté, mais, en somme, qui n'est bien difficile à surmonter.

En tous cas, la méthode est intéressante et méritait d'être signalée.

(Méd. mod. — Gaz. méd. belge.)

Traitement du coup de chaleur par la saignée et les injections de serum artificiel.

M. le Dr Bonnette, médecin-major, expose dans le *Caducée* la conduite qu'il a tenue dans trois cas graves d'asphyxie par la chaleur, en Algérie, et résume ainsi qu'il suit la marche à suivre en pareille circonstance.

Symptômes généralement observés: anxiété respiratoire, vertiges, vomissements, sueurs profuses, cyanose de la face, injections des conjonctives, rétrécissement des pupilles, résolution musculaire. Dans la poitrine: sibilances nombreuses, spumes sanguinolentes aux lèvres, pouls rapide et filiforme. Menaces d'asphyxie et d'asystolie.

Pendant que les infirmiers frictionnent vigoureusement les membres, saignée de 250 à 400 grammes, selon la constitution robuste et sanguine de la malade, suivie d'une injection d'eau salée de 300 à 500 grammes.

Si le collapsus est trop inquiétant, ne pas hésiter à employer la voie intra veineuse, qui permet à l'injection des effets beaucoup plus rapides.

Dans ce cas, ne pas oublier que l'ondée liquide doit arriver dans la veine avec une pression modérée et constante (environ 100 cc. par minute).

Peu de temps après l'injection (environ trois heures), réaction "critique" avec mictions, sueurs, diarrhées ou vomissements. Le pouls se relève, devient plus, fort moins rapide, la respiration plus tranquille, plus large, les convulsions diminuent de fréquence et d'intensité, la face n'est plus cyanosée et les pupilles sont contractiles. Puis survient un sommeil calme, souvent interrompu par des mictions ou des vomituritions.

Au réveil, brisure des membres, prostration marquée, embarras gastrique et congestion légère des bronches. La convalescence est longue et réclame, au minimum, un mois de repos complet.

En résumé, dans l'asphyxie par le coup de chaleur, la saignée diminue l'hypérémie générale, surtout méningienne et pulmonaire, et l'injection d'eau salée rétablit la masse sanguine, stimule le système nerveux cardiaque et produit une décharge urinaire.

FORMULAIRE

Contre les palpitations de la croissance.

Iodure de potassium.....	5 grammes.
Bromure de potassium.....	10 —
Eau distillée.....	Q. S.
Sirop d'écorce d'orange.....	300 grammes.
Une cuillerée matin et soir.	(COMBY.)

A NOS LECTEURS

Le renouvellement d'une année apporte toujours du nouveau. *Le Revue Médicale* ne voulant pas faire mentir le dicton, présente à ses nombreux lecteurs quatre nouvelles pages de lecture. Cette augmentation de notre format, nécessitée par l'abondance de matières et favorisée par la circulation toujours croissante du journal, recevra nous en somme sûr, un accueil favorable de tous ceux qui s'intéressent à l'avancement et à la diffusion des sciences médicales au Canada.

L'administration a de plus le plaisir d'annoncer que MM. les docteurs L. N. Delorme, professeur adjoint à l'Université Laval de Montréal, et A. Dussault, de Québec, ont bien voulu s'inscrire au nombre des collaborateurs. Mr. J. W. Lecours professeur de matière médicales, de pharmacie et de toxicologie au Collège de pharmacie de Montréal continuera à remplir vis-à-vis du journal les fonctions de correspondant pharmaceutique, qu'il a jusqu'ici remplies avec tant de tact et de discernement.

Que tous ceux qui au cours de cette année, ont contribué d'une manière quelconque, au succès de notre publication, reçoivent, ici, nos remerciements les plus sincères et nos vœux les meilleurs

La Direction.

Travaux Originaux

ANALGESIE OBSTÉTRICALE PAR LA COCAÏNE EN INJECTION SPINALE DE LA RÉGION LOMBAIRE.

par M. le J. C. S. GAUTHIER.

L'anesthésie lombaire, cette merveilleuse découverte de Bier de Kiel, après avoir été adoptée par les chirurgiens, semble vouloir entrer dans le domaine obstétrical.

Les indécisions des premiers essais et les accidents qui ont accompagné l'injection de cocaïne dans la cavité rachidienne, doivent être attribués à des défauts de technique opératoire, à la dose trop élevée de l'anesthésique ou à des solutions contenant des impuretés dont on aurait pu les débarrasser par une stérilisation parfaite.

L'accusation qu'on a portée contre ce procédé, tendant à attribuer les accidents à l'écoulement du liquide spinal qui détruit l'équilibre de la pression intra-rachi-

dienne, ne tient pas devant les faits ; ne voit-on pas en effet des chirurgiens et des médecins, pratiquer des ponctions exploratrices des méninges cérébrales et rachidiennes, pour soustraire du liquide cérébro-spinal de ces différentes cavités et cela dans le but de préciser un diagnostic, par l'analyse microscopique et bactériologique ?

Bien entendu, la méthode est nouvelle et à besoin de l'appui d'une expérimentation sérieuse. Toutefois je suis d'opinion qu'elle est bien entrée dans la pratique et qu'elle y restera au grand bénéfice des femmes en couche et des médecins qui auront le courage de l'adopter. Les rapports qui nous arrivent des grandes cliniques, disent beaucoup de bien de cette méthode et Doléris qui en a fait une étude spéciale prédit un avenir brillant à l'anesthésie de la moëlle épinière.

Les effets bienfaisants de l'anesthésie de toute la région sous-ombélicale n'est plus à démontrer ; cette analgésie qui dure au moins deux heures est certainement suffisante pour rendre les plus grands services dans la dernière période des accouchements, mais il est d'autres avantages qui ne sont pas non plus à dédaigner. L'expérience a démontré que les femmes qui accouchent après avoir reçu une injection spinale d'un centigramme de cocaïne, offrent moins de résistance à cause de l'anesthésie complète qui dure au moins deux heures ; les parties molles, le périnée, etc., sont moins exposés à des déchirures ; les contractions utérines sont plus énergiques et plus fréquentes ; les dangers d'hémorragies par inertie utérine sont réduites au minimum, parce que l'involution utérine se fait avec une plus grande énergie.

Les vingt-cinq cas qui ont été analysés, avec grand soin, par le docteur Doléris ont tous été suivis d'un excellent résultat, si ce n'est que l'anesthésie n'a pas été complète dans quatre cas seulement. La contraction plus énergique de la fibre musculaire de l'utérus n'a pas été une cause de danger pour l'enfant en entravant la circulation utéro-placentaire, car le fœtus n'a pas paru souffrir et il n'y a pas eu tétanie, mais simplement augmentation d'énergie et de fréquence des douleurs expulsives de la part de l'utérus pour se débarrasser du produit de la conception.

Cette propriété osytocique de la cocaïne en injection sous-arachnoïdienne est tellement prononcée, qu'elle devient une contre-indication de son emploi comme analgésique avant le terme de la grossesse, à moins que le médecin n'ait l'intention de provoquer l'accouchement

prématuré dans un but thérapeutique. Doléris a tiré parti de cette propriété, dans un cas de bassin rétréci où il fut forcé de pratiquer l'opération césarienne au huitième mois de la grossesse ; chez une autre femme, phthisique avancée, il provoqua le travail prématuré qui se termina en quatre heures. L'inertie utérine peut être efficacement combattue par ce moyen.

Voici les conclusions du travail et des observations de Doléris sur l'anesthésie lombaire appliquée à la pratique obstétricale :

1° Que l'anesthésie obstétricale peut être obtenue avec certitude au moyen de l'injection lombaire d'une dose modérée de cocaïne, un centigramme à un centigramme et demi.

2° Que la cocaïne employée de cette manière est un moyen efficace de hâter le travail.

3° Que la cocaïne est un hémostatique d'une grande valeur.

3° Que les accidents dus à son emploi sont sans importance et que les risques encourus par la mère et l'enfant sont insignifiants.

Cette dernière proposition est cependant contestée par Paul Reclus, dont l'opinion n'est pas à dédaigner, car l'expérience de ce chirurgien est basée sur une statistique de huit mille anesthésies locales par la cocaïne et un grand nombre d'anesthésies spinales. Il a découvert dans l'histoire de cette méthode plusieurs accidents graves, même des mortalités qu'il attribue directement à la cocaïne. D'un autre côté, le Dr Tuffier, chirurgien des hôpitaux de Paris, se prononce en faveur de l'anesthésie spinale, par la méthode de Bier. L'expérience qu'il en a faite, sur deux cents cinquante cas d'opérations majeures, laparotomies, hystérectomies abdominales et vaginales, cure radicale de la hernie etc., lui a donné pleine et entière satisfaction. Il termine son travail en disant que l'anesthésie lombaire doit être adoptée et qu'elle occupe maintenant le même rang que l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

Comme toutes les grandes découvertes modernes l'anesthésie spinale, qui est appelée à jouer un rôle prépondérant dans la chirurgie et le domaine obstétricale a ses défenseurs et ses détracteurs, mais je crois que la méthode sortira bientôt triomphante de cette phase d'incertitude et qu'elle entrera franchement dans la pratique après avoir subi l'épreuve de la clinique.

Saint-Ephrem d'Upton.

Revue des journaux

MEDECINE

Etude sur le thymus.

par GHIKA.

Dans une thèse fort importante, M. Ghika étudie complètement le thymus. Après en avoir exposé l'embryologie, il décrit avec soin la structure. Le thymus définitif se compose de deux lobes, formés chacun d'un certain nombre de lobules, subdivisibles eux-mêmes en lobules fondamentaux.

Ces derniers comprennent deux zones : l'un corticale, sombre et compacte ; l'autre médullaire, claire et lâche.

Prenant admet l'existence d'une troisième zone : la zone marginale externe claire et étroite.

La rénovation cellulaire a lieu surtout dans la partie centrale et la portion marginale.

Ces trois régions sont d'ailleurs constituées d'une manière identique. Elles renferment toutes trois, mais en proportion différentes, les mêmes variétés de cellules, incluses dans les mailles d'un fin réticulum, formé lui-même de cellules étoilées anastomosées.

Les cellules du parenchyme thymiques sont identiques à celles des ganglions, de la rate, de la moelle des os : les mononucléaires opaques ou lymphocytes, à noyau sombre, à protoplasma presque invisible, formant la majeure partie de ces éléments ; on trouve également des mononucléaires clairs de toutes tailles, des polynucléaires neutrophiles, beaucoup plus rarement des polynucléaires éosinophiles des mastzellen, des globules rouges à noyau et des mononucléaires granuleux ou myélocytes (éosinophiles, basophiles, neutrophiles. On voit enfin, principalement dans la substance médullaire, des cellules épithélioïdes, des cellules géantes à un ou plusieurs noyaux, de grandes cellules étoilées à noyau vésiculeux, etc. Tous ces éléments on presque tous sont des cellules de charpente.

Quant aux corpuscules de Hassall, ils sont formés essentiellement d'une masse centrale amorphe ou paucicellulaire et d'une coque périphérique plus ou moins stratifiée.

Quelques mois ou quelques années après la naissance le thymus rentre en régression ; il subit une dégénérescence graisseuse presque complète ; le tissu thymique s'atrophie peu à peu, mais il ne disparaît jamais complètement, il forme quelques îlots noyés dans une masse fibro-graisseuse abondante.

Le thymus peut être atteint de diverses affections : inflammation, tuberculose, syphilis, tumeurs épithéliales et conjonctives.

Il peut être lésé dans tous les états morbides où le sang et les organes hématopoiétiques sont eux-mêmes altérés (hémophilie, purpura, adénie, cyanose congénitale).

Il réagit d'une façon constante dans toutes les infections, l'inanition, certaines intoxications ; cette réaction détermine une rénovation cellulaire qui se traduit par la présence de quelques mitoses et l'apparition d'un grand nombre d'éosinophiles, de mastzellen, de myélocytes, de mégacaryocytes et de globules rouges à noyau, etc. : l'organe devient une véritable moelle osseuse.

Enfin, chez des basedowiens, des acromégaliques, des individus bien portants (enfants ou adultes) morts subitement, on a noté souvent l'hypertrophie ou la réviviscence du thymus ; au contraire, chez des athreptiques, des enfants cachectiques, des nouveau-nés morts peu de temps après la naissance, on a fréquemment constaté l'atrophie, la sclérose ou l'absence complète de la glande.

Le thymus est avant tout un organe hématopoiétique : sa structure, ses réactions pathologiques le prouvent. Il fabrique des globules blancs, mais ne joue vraisemblablement aucun rôle dans la formation des globules rouges.

Les expériences d'Abelous et Billard, celles de Svelhla montrent d'autre part, que le thymus est une glande à sécrétion interne.

Cette sécrétion favoriserait la nutrition et la croissance, elle serait en même temps excito-motrice, excito-cardiaque, vaso-dilatatrice, etc. Elle pourrait être viciée qualitativement ou quantitativement.

L'expérimentation montre que le thymus est en relation fonctionnelle avec le thyroïde et l'hypophyse, comme d'ailleurs avec la rate, l'ovaire, les testicules, les capsules surrénales : il s'hypertrophie lorsqu'un de ses organes est altéré. Cette hypertrophie ne peut être considérée comme réellement compensatrice ; elle indique une simple réaction de défense, réaction en quelque sorte banale.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Nouveau procédé pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

(par M. MALHERBE)

La communication de M. Malherbe offre un intérêt tout particulier pour les praticiens, nous n'hésitons pas à en faire un long résumé :

L'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général est de date toute récente. Les premiers essais remontent à 1898. Ils ont été faits à la clinique du professeur von Hacker, à Innsbruck. Depuis, quelques rares chirurgiens ont essayé d'utiliser cet anesthésique, néanmoins son usage est encore fort peu répandu. La cause ? Il faut la chercher dans la technique défaut-

euse employée jusqu'ici pour son administration.

Nous avons essayé d'y remédier, dit M. Malherbe, en rendant cette technique à la fois simple et facile et nous croyons y avoir pleinement réussi.

Partisan convaincu de la nécessité de l'anesthésie générale dans toute opération douloureuse, même de courte durée, nous avons expérimenté le chlorure d'éthyle, surtout pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures, mais nous l'avons aussi employé pour les grandes opérations, sous formes d'anesthésie mixte, en continuant la narcose obtenue par l'administration du chloroforme.

C'est le résultat de nos observations sur ce nouvel anesthésique, en même temps que la part contributive par nous apportée à la technique de son administration qui font l'objet de ce travail.

Bien que possédant de grandes analogies avec le bromure d'éthyle, le chlorure nous a paru présenter sur ce dernier une supériorité assez manifeste pour que, dans notre pratique, nous n'ayons pas hésité à remplacer le bromure par le chlorure. Nous pensons avoir actuellement un nombre suffisant de narcose au chlorure (140) pour formuler une opinion sur ce sujet.

Les différentes constatations et observations que nous avons faites sur l'animal et sur l'homme nous permettent de résumer, comme suit, les avantages sérieux et indiscutables du chlorure d'éthyle.

Faible dose à employer (2 à 4 grammes) ; narcose obtenue rapidement (10 à 40 secondes) ; sommeil tranquille, pas de cyanose, pas d'agitation, pas de contractions, pas de salivation ni de larmoiement. Le chlorure d'éthyle réussit également bien chez l'enfant. Jamais de symptômes inquiétants n'ont été constatés. Ils ne se produisent pas de vomissements.

Le réveil est très rapide, et les malades peuvent marcher aussitôt après sans danger de syncope. Enfin l'haleine ne présente aucune odeur spéciale après l'anesthésie.

Manuel opératoire.—Laisant de côté les masques et autres appareils spéciaux, nous avons employé le procédé de la compresse. Il est des plus simples et des plus pratiques.

Il suffit, en effet, d'une simple compresse, tapissant l'intérieur de la main droite fortement creusée, de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation, on dirige, dans le creux de la compresse, le jet de deux tubes de chlorure d'éthyle, tubes qui servent ordinairement à l'anesthésie locale. Suivant l'âge, de 2 à 4 grammes de liquide suffisent. Grâce à ce moyen l'évaporation est presque nulle.

Sans perdre de temps, le malade étant couché dans le décubitus dorsal, on applique la compresse, toujours disposée en cornet et recouverte par la face palmaire de la main droite, sur le nez et la bouche du patient, en l'invitant à faire des inspirations profondes. De la main gauche on maintient la tête et la mâchoire inférieure

Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air.

Lorsque les malades font des grandes inspirations ou lorsqu'ils poussent des cris, comme cela arrive chez les enfants, ils sont parfois sidérés avec une rapidité étonnante : dix à quinze secondes.

Il arrive que certains malades retiennent leur respiration pendant quelques secondes ; il suffit alors de soulever légèrement, puis de réappliquer aussitôt la compresse, pour les voir immédiatement faire une inspiration profonde suivie d'autres inspirations régulières et, en une vingtaine de secondes l'anesthésie est complète sans qu'il soit nécessaire de recourir jamais à d'autres qualités de liquide.

Les signes qui permettent de reconnaître la narcose complète sont peu marqués.

Celle-ci est caractérisée par la *résolution musculaire*, qui, avec le chlorure, n'est pas précédée d'une période de contracture ; puis par le *rythme respiratoire* qui est *régulier* et s'accompagne quelquefois d'un léger ronflement.

Enfin, la main qui recouvre la compresse éprouve la *sensation d'une évaporation froide* qui, chassée par l'expiration, vient passer entre les espaces digitaux.

Ces trois signes sont, suivant nous, pathognomoniques de la narcose complète.

La face reste, la plupart du temps, normale, parfois elle se congestionne légèrement.

La pupille est un peu dilatée et les yeux, insensibles au toucher, se convulsent souvent en haut.

Si l'opération est un peu longue, et pour éviter le réveil, nous n'hésitons pas à verser de nouveau sur la compresse, de la même façon que la première fois, une nouvelle quantité de chlorure d'éthyle (2 grammes environ), et même une troisième et une quatrième fois, si cela est nécessaire. En espaçant ainsi les doses toutes les quatre ou cinq minutes, on atteint à peine 15 grammes de liquide et on a largement le temps de pratiquer un grand nombre de petites opérations, puisque les malades restent insensibles pendant cinq, dix, quinze et vingt minutes.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'opérations devant durer un certain temps, dès que le malade est dans la résolution, nous remplaçons la compresse, de chlorure par une autre compresse, sur laquelle nous avons versé du chloroforme, et nous l'appliquons sur le nez et la bouche du patient sans lui laisser respirer d'air. Nous continuons ensuite la narcose au chloroforme par le procédé des petites doses, sans air.

L'effet de cet anesthésique se substitue, dans ces conditions, sans réaction appréciable du malade, à l'effet du chlorure d'éthyle.

Les avantages de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle administré par notre procédé, sont, croyons-nous, des plus manifestes.

C'est d'abord la *simplicité* ; puis, c'est l'*innocuité absolue* par suite de la quantité vraiment minime de

liquide nécessaire à cette anesthésie. Chez les enfants avec les deux tubes de 10 grammes, nous pratiquons facilement six opérations.

Enfin c'est la *rapidité* avec laquelle on obtient une narcose entièrement inoffensive et permettant les opérations les plus douloureuses.

Nous signalerons encore, en terminant, les précieux avantages du chlorure d'éthyle dans l'anesthésie mixte.

Outre que, grâce à son emploi, on supprime les dangers, toujours grands, d'une syncope mortelle au début de la chloroformisation, on gagne un temps considérable, en évitant cette période parfois si longue qui précède l'anesthésie chloroformique. Enfin la quantité de chloroforme absorbée par le patient est aussi réduite dans de fortes proportions.

Tel est le procédé, à la fois simple, inoffensif et rapide, que nous avons utilisé pour l'administration du chlorure d'éthyle. Nous le croyons capable d'être mis avantageusement à contribution par le praticien qui pourra ainsi retirer le plus grand profit de cet anesthésique encore trop peu utilisé.

Gaz. des hôp.)

Contribution à l'étude des températures morbides locales.

par M. ETIENNE.

Tout foyer tuberculeux est pour M. Etienne une cause d'élévation de la température locale. La disparité dans les températures des sommets pulmonaires est un signe probant de lésion locale. Cette disparité ne va pas jusqu'à un degré, comme l'affirmaient Peter et ses élèves Bagneris et Oudin. La température locale est le plus élevée du côté où les lésions sont plus avancées. L'élévation thermique locale est proportionnelle à l'intensité des signes morbides. Dans l'hémoptysie, il y a hyperthermie pendant toute la durée de l'hémorragie, hyperthermie qui cesse lorsque celle-ci est arrêtée.

Cet auteur montre qu'il existe dans la pneumonie une différence thermique entre les deux poumons, différence de 5 à 7 dixièmes de degré en faveur du poumon malade, et qui décroît jusqu'au jour de la convalescence. La persistance de l'hyperthermie doit faire réserver le diagnostic.

Dans la pleurésie il y a hyperthermie du côté de l'épanchement et du côté opposé, mais la température pariétale du côté malade est plus élevée que celle du côté sain.

L'épanchement se résorbant petit à petit, la température locale suit la marche décroissante du liquide. Après une ponction, la température locale ne tarde pas à baisser les jours qui suivent, pour revenir petit à petit au degré thermique normal, si le liquide ne se reforme pas.

Dans le mal de Pott, il existe une disparité thermi-

que entre les vertèbres saines et les vertèbres malades en faveur de la vertèbre atteinte.

Dans les annexités, la température locale est toujours plus élevée sur la paroi en rapport avec l'aunexe malade.

Cette hyperthermie de 3 à 4 dixièmes va en décroissant, à mesure que l'inflammation annexielle disparaît. Le thermomètre accuse une élévation de cette température locale pendant les règles.

L'étude de la thermométrie locale peut donc présenter une utilité réelle dans le diagnostic et le pronostic de certaines maladies.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Un cas de marche digitigrade

(par le Dr. O. Laurent)

Professeur à l'Université de Bruxelles

Le cas suivant est intéressant par l'adaptation des pieds à une marche nouvelle, la marche digitigrade, et par la difficulté de fixer la méthode d'intervention.

Q....., âgé de 13 ans, née de parents sains; des quatre enfants, l'aîné et le dernier sont atteints d'une affection cutanée, récidivante, et le dernier d'une périostite du premier métatarsien droit. Intelligence moyenne.

L'enfant n'a jamais été malade. A marché normalement jusqu'à 6 ans. Alors, elle a présenté à la face dorsale du pied gauche, en arrière des orteils médians, une petite plaque légèrement jaunâtre, qui persiste encore.

Elle a commencé à marcher à peu près simultanément sur tous les orteils, surtout sur les faces plantaires des articulations métatarso-phalangiennes, les orteils se mettant dans la position horizontale : *marche digitigrade*.

Traitement antérieur — Soumise, il y a deux ans, à un traitement électrique; pas de traitement orthopédique.

Examen actuel. — Le talon s'est élevé de plus en plus et il paraît s'élever encore. Il est de 7 à 8 centimètres du sol.

L'axe du pied se trouve à peu près dans le prolongement de l'axe jambier.

Le pied n'est pas creux.

Les muscles des mollets sont considérablement atrophiés.

Le tendon d'Achille est fortement retracté. Il est impossible de fléchir le pied du côté dorsal.

Reflexes — Les reflexes rotulens et plantaires paraissent atténués.

Les saillies musculaires de la cuisse sont très accusées.

Si les mollets et les pieds dans leur ensemble sont symétriques, on trouve des différences du côté des orteils.

Orteils. — L'orteil gauche est en valgus, un peu plus long que le droit.

Les deuxième, troisième et quatrième orteils gauches sont très atrophiés. Le cinquième gauche est normal. L'extension spontanée des orteils est incomplète.

A droite, le gros orteil est normal, s'étendant facilement et spontanément du côté dorsal; le deuxième orteil en valgus, légèrement hypertrophié; troisième et quatrième atrophiés; cinquième relativement normal.

Marche. — Essentiellement *digitigrade* et facile. La fillette court et danse sans fatigue; elle se rend à l'école à une demi-lieu de distance.

Pour instituer le traitement, nous avons à déterminer la catégorie de pieds bots à laquelle appartient notre cas.

Il n'appartient pas à la variété congénitale. Nous savons que le pied bot acquis est surtout d'origine nerveuse et qu'il est déterminé par la contracture de la paralysie infantile. Celle-ci débute presque toujours par une fièvre qui dure de quelques heures à quelques jours et elle se termine fréquemment par la paralysie des péroniers et des extenseurs commun et propre, soit des muscles fléchisseurs dorsaux et pronateur du pied.

D'autre part, parmi les pieds bots acquis, l'équin est le plus fréquent, et il n'est presque jamais congénital.

Les variétés acquises sont : (a) accidentelles ou faux pied bot (Kirmisson) : cicatriciel, arthropathique et osseux (par fracture, rachitisme, etc.) (b) musculaires par contracture, aussi par inflammation de voisinage : pied bot phlébitique, hystérique, etc.; (c) par paralysie. Celle-ci est rarement primitive, elle peut être traumatique ou consécutive à la paralysie infantile, qui envahit de préférence le groupe musculaire antéro-externe.

Aurions-nous donc affaire à un pied équin par contracture? En tout cas, nous ne pouvons penser à la paralysie infantile.

Faut-il faire intervenir la *maladie de Little*, ou la paraplégie spasmodique?

Elle se caractérise par une contracture localisée aux deux membres inférieurs: les jambes sont légèrement fléchies, les genoux serrés l'un contre l'autre par les adducteurs ou même entre-croisés et les pieds sont en équinisme (Piéchaud). Mais elle est congénitale et serait consécutive, dans sa forme spinale, aux accidents de la parturition.

En ce qui concerne la conduite à tenir, nous avons le choix entre l'abstention ou la réduction opératoire. Nous ne parlons pas du massage, de l'électricité, de l'hydrothérapie et des appareils mécaniques (appareil de Schultness).

L'abstention serait basée sur la bilatéralité de la lé-

sion, sur l'incertitude d'obtenir un résultat meilleur pour la marche, soit que l'opération ne donne pas de résultat des deux côtés ou que ce résultat soit incomplet.

Mais considérons "la déviation la plus légère, quand elle tient à la paralysie d'un ou de plusieurs muscles, deviendra progressivement une déplorable infirmité ; les muscles affaiblis ou perdus cèdent de plus en plus devant les antagonismes, la déviation s'accroît, le squelette se déforme, et tel sujet, qui au début avait un équin léger, dix ans, vingt ans plus tard prendra contact avec le sol par la face dorsale du pied malade." Chez notre sujet, le talon s'élève de plus en plus, l'équinisme s'aggrave.

L'intervention comporte : 1° le redressement forcé, sous chloroforme, avec ou sans section du tendon d'Achille ; 2° l'excision du tendon d'Achille ; 3° l'allongement du tendon d'Achille ; 4° la transplantation ou l'anastomose tendineuse ; 5° la section plantaire ; 6° l'ablation de la tête de l'astragale ; 7° l'arthrodèse.

Quoi qu'il en soit, la réduction aurait pour résultat de raccourcir la taille de plusieurs centimètres.

Quant à l'anastomose, ou réunion de deux tendons voisins l'un à l'autre, destinée à actionner les parties antérieures parésiées à l'aide des muscles postérieurs valides (tendon d'Achille), elle l'emporte sur la transplantation ou réunion du bout périphérique d'un tendon paralysé définitivement avec un tendon valide. On l'a appliquée au varus par dégénérescence des péroniers (anastomose du long péronier latéral au tendon d'Achille), au valgus par paralysie du jambier antérieur (anastomosé avec l'extenseur du gros orteil), lorsque la laxité articulaire ou la déformation osseuse n'est pas trop considérable. Elle a été également recommandée dans le pied équin par Sonnenburg.

Pour l'équinisme par contracture, Luning et Schultness ont obtenu de très bons résultats par l'allongement du tendon d'Achille ; cette opération est préférable à la ténotomie, qui est fréquemment suivie de récédive.

M. R. VERHOOGEN.—Le cas présenté par M. Laurent est des plus intéressants au point de vue clinique ; seulement, je me demande si une intervention opératoire peut être utile ; il y a de la rétraction tendineuse consécutive à l'atrophie musculaire, les muscles de la cuisse sont atrophiés, le droit antérieur est rétracté, l'opération ne viendra pas modifier cette situation. Quant à l'origine, je crois qu'il s'agit ici d'une sclérose progressive des cordons pyramidaux.

M. LE MARINEL.—Je pense que le traitement chirurgical ne pourra donner aucun résultat et qu'une intervention ne donnera pas à cette enfant une marche aussi facile qu'actuellement ; l'équilibre serait complètement modifié ; d'autre part, il y a des atrophies musculaires que l'opération ne peut guérir. Dans ces conditions, je crois que la situation actuelle est meilleure et qu'une intervention ne peut que l'aggraver.

(La Clinique de Bruxelles.)

OTOLOGIE

Le bleu de méthylène dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques.

M. Gaudier (de Lille) a employé depuis deux mois le bleu de méthylène en instillations, dans le traitement de certaines formes d'otites moyennes suppurées chroniques, et en particulier dans les otorrhées de l'enfance odorantes et rebelles souvent aux divers lavages antiseptiques.

La solution de bleu de méthylène employée par M. Gaudier était à 1 p. 500. Voici la technique qu'il emploie :

Après un lavage préalable du conduit et de la caisse au moyen de la seringue chargée d'eau tiédie savonneuse, et qui nettoie très bien le conduit, on instille dans le conduit, la tête étant renversée sur le côté, de xv à xx gouttes de la solution bleue, tiédie. Ce bain d'oreilles dure cinq minutes, et pendant ce temps le malade doit, deux ou trois fois, faire du Valsava, c'est-à-dire passer de l'air dans sa caisse en soufflant par le nez et fermant la bouche très doucement. Ce barbotage fait pénétrer dans la caisse le bleu de méthylène.

Les résultats de ce traitement paraissent bons. Sur 9 malades, 7 ont guéri complètement par des pansements journaliers en l'espace de vingt-cinq à trente jours. Un malade a été perdu de vue, et chez une petite fille, l'apparition d'accidents mastoïdiens fit arrêter le traitement.

C'est en somme ce que l'on obtient par les autres méthodes, à la condition que le traitement soit fait régulièrement et par le médecin lui-même (eau oxygénée, solution formolée, alcool iodoformé ou boriqué, pansements secs ou les poudres solubles ou insolubles, oxygène gazeux)... Mais il semble pourtant que le bleu de méthylène désodorise mieux et plus vite et qu'il diminue dans de plus rapides proportions l'écoulement purulent. Un désavantage, c'est la coloration tenace qu'il donne aux téguments ; aussi après l'instillation faut-il bien éponger l'excédent du liquide, pour éviter les bavures sur la joue.

Quoi qu'il en soit, c'est un médicament, à retenir dans la thérapeutique de l'otorrhée, où il pourra, dans certaines conditions, et après d'autres antiseptiques, rendre des services. Des tentatives cliniques récentes (dans les kérato-conjonctivites et l'ozène), ont montré d'ailleurs qu'il possédait des avantages.

(Gaz. des hop.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Traitement de la colique hépatique.

Le praticien appelé auprès du malade en proie à un accès de colique hépatique, nettement caractérisé, doit avoir pour objectif :

- 1° De soulager la douleur ;
- 2° De provoquer l'issue favorable de la crise en facilitant la progression du calcul hors des voies biliaires ;
- 3° De prévenir les complications.

I

La douleur est apaisée au plus haut degré par l'injection sous cutanée de morphine. On a coutume d'y associer l'atropine qui augmente d'une façon non douteuse les propriétés sédatives de la morphine et dont on escompte l'action favorable sur la contraction des fibres lisses du cholédoque. Un autre avantage de cette association serait de prévenir les vomissements occasionnés chez certains sujets par la morphine.

En pratique, l'atropine ne sera employée qu'avec prudence et à de très faibles doses chez des malades que leur accès expose au collapsus cardiaque et dont les sécrétions doivent être respectées.

La formule suivante répond très suffisamment aux indications :

Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 001
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Eau stérilisée.....	Q. s. p. 10 cent. cubes.

Il peut être injecté d'emblée de cette solution 1 cent. cube et demi et même deux si les douleurs sont très vives. Si malgré cette dose, elles persistent ou réapparaissent, il sera prudent d'attendre environ 6 heures pour donner une nouvelle piqûre d'un centigramme.

Chez les sujets qui ne supportent pas la morphine ou chez lesquels elle est contre-indiquée, le chloroforme et le chloral seront souvent d'une efficacité parfaite.

Le chloroforme est donné par gouttes, sur un mouchoir en inhalations convenablement espacées à la manière des accoucheurs et son administration ne doit dans aucun cas être poussée jusqu'à l'anesthésie.

S'il n'y a pas de vomissements, le chloral peut être prescrit, par exemple sous la forme de la potion suivante, prise par cuillerées à soupe de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à soulagement :

Hydrate de chloral.....	2 gr.
Sirop de menthe.....	30 gr.
Eau chloroformée.....	100 gr.

Lorsqu'il y a intolérance de l'estomac, on donne le chloral en un lavement porté aussi loin que possible au moyen d'une longue canule rectale en caoutchouc rouge

souple (35 centimètres). Voici une formule recommandable :

Hydrate de chloral.....	2 à 3 gr.
à dissoudre dans	
Eau bouillie.....	10 gr.
mélangez intimement avec	
Jaune d'œuf.....	N° 1
ajoutez peu à peu en agitant pour obtenir un liquide homogène :	
Lait tiède.....	200 gr.

L'antipyrine administrée par la voie rectale ne donne que des résultats incertains et le plus souvent nuls. Quant aux bains tièdes prolongés, ils ne trouvent leur indication que dans les coliques de faible intensité.

II

L'éther et la térébenthine d'une part, l'huile d'olive et la glycérine d'autre part, sont les remèdes les plus habituellement employés pour faciliter l'issue du calcul biliaire hors du cholédoque.

La térébenthine agirait comme l'éther en faisant sécréter une bile plus fluide et l'association de ces deux médicaments aurait en outre pour résultat de combattre victorieusement le spasme du cholédoque. En pratique, la térébenthine est mal acceptée dans l'accès franc, aigu, que nous avons seul en vue ici, et, lorsqu'elle est tolérée, elle ne paraît pas influencer la marche de la colique hépatique. Quant à l'éther, pris en potion, il est inférieur comme antispasmodique au chloroforme, au chloral et à la morphine. La térébenthine et l'éther ne sont par conséquent pas à employer, malgré leur antique réputation.

Toute autre est l'action de l'huile d'olive, ingérée per os à la dose de 50 à 200 grammes. Opère-t-elle comme cholagogue ou comme lubrifiant des voies biliaires ? Il ne nous appartient pas de le décider. Mais, dans la grande majorité des cas, ses effets sont, pour ainsi dire, instantanés, et le soulagement précède fréquemment même, le moment où le pouvoir cholagogue de l'huile commence à s'exercer. C'est le médicament vraiment héroïque de la crise hépatique qu'il dénuie le plus souvent avec rapidité.

La grosse difficulté est de vaincre la répugnance qu'inspire ce moyen thérapeutique à des malades ayant déjà ce malaise gastrique qui précède la nausée. Un bon moyen consiste à verser l'huile sans l'agiter, dans un grand verre contenant un peu de bière très mousseuse. On peut encore ajouter 0 gr. 10 p. 100 de menthol, une ou deux gouttes d'essence d'amandes amères ou d'ani et rincer la bouche, avant et après avec un peu de cognac ou de kirsch.

La glycérine, plus aisément, acceptée, n'a pas une efficacité aussi certaine : néanmoins elle se montre dans

quelques cas d'une activité très grande et contribue à déterminer la fin de la crise. On l'administre à la dose de 30 grammes en une fois.

Enfin, le spasme peut encore être heureusement combattu, lorsqu'il n'y a pas une trop grande hyperesthésie cutanée, par l'application, en avant et en arrière de la région du foie, de sacs de caoutchouc très souple à moitié remplis d'eau très chaude.

III

De toutes les complications de l'accès de colique hépatique, la plus redoutable est le collapsus cardiaque. C'est pour le prévenir que nous avons depuis longtemps abandonné l'association classique de la morphine avec l'atropine, pour substituer à l'alcaloïde de la belladone, un médicament toni-cardiaque, la spartéine, que nous formulons ainsi :

Chlorhydrate de morphine..... 0 gr. 10
Sulfate de spartéine..... 0 gr. 25
Eau stérilisée..... Q. s. p. 10 cent. cubes.

Même mode d'emploi que la formule classique.

Avec cette précaution, on évite la plupart des inconvénients de la morphine, y compris les vomissements, et on prévient des accidents cardiaques.

Le chloral est absolument contre-indiqué lorsqu'il y a tendance au collapsus. On emploiera utilement dans ce cas les injections sous cutanées d'éther, et surtout d'huile camphrée.

Camphré 1 gr.
Huile d'olives stérilisée..... 10 gr.

1 à 5 grammes en injection.

Contre les vomissements, on aura recours à la potion de Rivière, à l'ingestion de petites gorgées d'un mélange d'eau de Vichy, de glace pilée et de kirsch.

Pour prévenir tout accident grave du côté des voies biliaires (rupture ou enclavement du calcul), il faut éviter avec soin d'employer pendant toute la durée de la crise, les purgatifs ou les lavements froids. Pour les mêmes raisons, le malade doit suspendre toute alimentation jusqu'à ce que les douleurs aient complètement disparu depuis plusieurs heures. Tout au plus l'autorisera-t-on à calmer sa soif, par quelques cuillerées d'eau de Vichy glacée. Le lendemain de la crise, au contraire, un purgatif sera utilement prescrit.

En cas de rupture des voies biliaires, il faut appeler d'urgence un chirurgien. La guérison de l'intervention devra être également posée si l'accès s'accompagne de frisson et d'une température élevée.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

La Créosote dans les maladies de l'appareil respiratoire autre que la tuberculose.

D'après MM. Shoull et Remlinger (broch. de 66 p.,

Tunis, 1901), c'est à tort que la créosote a été jusqu'ici presque exclusivement réservée au traitement de la tuberculose. Elle donne des résultats très satisfaisants dans les différentes formes de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie, dans la pneumonie grave, en particulier chez les vieillards et les alcooliques. Le pouvoir antiseptique de la créosote vis-à-vis du pneumocoque, du pneumobacille et du streptocoque, agents habituels de ces infections, est en effet très élevé.

Des recherches expérimentales ont montré aux auteurs que les animaux qui reçoivent sous la peau de l'huile créosotée à titre préventif luttent mieux que les témoins contre l'infection pneumococcique. Les propriétés curatives de la créosote, peu évidentes chez les espèces très réceptives pour le pneumocoque comme le lapin et la souris, sont plus nettes chez le rat qui partage avec l'homme le privilège d'une faible réceptivité pour les affections causées par ce microbe. Chez l'homme l'étude comparée de l'expectoration pneumonique suivant que la maladie a été ou non traitée par la créosote a montré dans le premier cas une diminution plus rapide des pneumocoques, en même temps qu'une atténuation plus précoce de leur virulence. Il est également à remarquer que le serum des lapins traités par des injections d'huile créosotée acquiert rapidement la propriété d'agglutiner le pneumocoque. Au point de vue du mode d'administration de la créosote, MM. Shoull et Remlinger donnent la préférence à la voie rectale. Le meilleur lavement créosoté consiste dans un simple mélange de créosoté et de lait. Une précaution nécessaire consiste à bien agiter dans un flacon bouché avant d'administrer, car quelques gouttes de créosote peuvent sur-nager parfois et donner lieu à une sensation assez vive de cuisson. Chez les enfants au-dessous d'un an, la dose moyenne est de IV à X gouttes par jour. Dans les cas graves de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie, il ne faut pas hésiter à recourir d'emblée à des doses massives : XV à XX gouttes par jour. Chez l'adulte la dose moyenne de L à C gouttes *pro die* pourra être élevée à CL et à CC. Il est évident qu'alors les phénomènes possibles d'intolérance seront surveillés avec soin. Au point de vue du mode d'action de la créosote MM. Shoull et Remlinger ne croient pas que son pouvoir bactéricide rende exclusivement compte de ses notions thérapeutiques. La créosote paraît agir comme modificatrice des épithéliums, comme dynamogénique et comme antithermique en même temps que comme antiseptique.

(Gaz. des Hop. Gaz. méd. Belge.)

De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des anémies.

Les théories actuelles tendent à faire considérer la chlorose et les anémies non plus seulement comme des maladies du sang, mais encore comme la conséquence

d'un trouble de la nutrition générale. Aussi a-t-on posé de différents côtés d'utiliser l'action pharmacodynamique des métaux lourds, action qui, d'après les travaux de l'école italienne et de l'école allemande, favorise au plus haut point la nutrition des tissus. M. F. Bouillat, dans une thèse récente, résume ainsi les propriétés de ces métaux et leurs indications dans le traitement des anémies.

Tout d'abord, dit M. Bouillat, ce qu'on appelle la chlorose est justiciable de traitements totalement différents, suivant les formes qu'elle prend. Dans les chloroses du premier degré, le repos, l'air ensoleillé de la campagne, une alimentation convenable, suffisent le plus souvent. Les meilleurs aliments sont la viande, surtout saignante, les œufs, le lait, le fromage râpé, la farine fine de légumineux, le pain blanc. Dans les cas plus graves, on prescrira, suivant les cas, une cure d'altitude moyenne dans un climat à l'abri des vents et des bourrasques, ou bien le séjour au bord de la mer ou dans certaines stations thermales.

Jusqu'à ces dernières années, le fer, sous toutes ses formes, était considéré comme la base même du traitement, comme le spécifique par excellence de l'anémie. Souvent il donne des accidents qui, signalés déjà par Trousseau, ressemblent singulièrement à une gastropathie médicamenteuse avec retentissement sur le système cardio-vasculaire (Huchard). Mais c'est que, M. Albert Robin l'a bien montré, le fer comporte des indications et des contre-indications nettes. Le fer est contre-indiqué dans les anémies du premier degré parce qu'il augmente les oxydations et ajoute ainsi ses effets à ceux de la cause morbide. Dans ces cas, c'est à l'arsenic qu'il faudra s'adresser, parce que l'arsenic, à des doses thérapeutiques, modère les processus d'oxydation et diminue considérablement les échanges.

Dans les autres anémies, dites symptomatiques, la suppression de la cause ou le traitement de l'affection primordiale suffit parfois à amener la guérison, lorsque l'anémie n'est pas arrivée à une période trop avancée. La médication ferrugineuse est nuisible dans l'anémie tuberculeuse, à cause des phénomènes congestifs qu'elle peut produire, et inutile dans l'anémie cancéreuse. Elle ne donne non plus aucun résultat dans l'anémie pernicieuse progressive. En somme, sauf pour ces cas, on peut avec M. Huchard, résumer le traitement des anémies dans la formule suivante : "Beaucoup de repos, beaucoup d'air, un peu de fer."

Aux préparations martiales préconisées depuis longtemps : sous-carbonate, protoxalate de fer, perchlorure de fer, etc., on a ajouté récemment la *carniferrine* (Siegfried), préparation qui semble n'avoir pas donné les résultats qu'on en attendait ; le *ferrosal*, dont l'usage ne s'est pas répandu ; l'*hémoglobine*, qui a donné d'excellents résultats, mais est très difficile à préparer ; le *fersan* qui, à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour, paraît être une bonne préparation alimentaire

et thérapeutique ; l'*hémol* et l'*hémogallol* qui donnent aussi de bons résultats. De même les *bromo* et *iodohémol*, les *cupro*, *arsénio*, *hydrargyro hémols* jouissent tous d'une action tonique remarquable sur l'organisme, en dehors de l'action propre que leur imprime la présence du corps en combinaison avec l'hémoglobine.

La *ferratine* de Schmiedeberg est un acide albumino-ferrique. Elle a donné de bons résultats à dose de 0g50 à 1g50 par jour, mais ne paraît pas supérieure aux autres préparations martiales. Gopfler a vanté, peut être à tort, comme aliment médicamenteux, un *ferrovitellinate de fer*. La *ferrosomatose* a donné de nombreux succès. On emploie encore souvent les citrate, tartrate, pyrophosphate et peptonate de fer.

Le *manganèse* est depuis 1850, utilisé dans le traitement des anémies. Combattu par Rabuteau, Woltenig, préconisé par Hamon, Pétrequin et Debienco, ce médicament n'est pas encore entré dans la pratique courante : il est plus toxique que le fer et son emploi prolongé amène la désintégration d'une partie des hématies.

L'*arsenic* est surtout employé sous forme d'arséniate de soude.

Le *cuivre* a été employé dans ces dernières années sous forme de sulfate ou d'acétophosphate. Le *cuprohémol* se prescrit à la dose de 0g10 à 0g50 *pro die*, et divers expérimentateurs lui attribuent l'avantage sur les autres composés cupriques, en raison de sa faible action irritante.

Le *zinc*, étudié par Cervello et Savoca, serait bien supporté et augmenterait sensiblement le taux de l'hémoglobine. Le *cobalt* a été expérimenté, mais non encore introduit en thérapeutique, par Pettini et Messina ; enfin les *sels de mercure* donnent de bons résultats particulièrement dans les cas d'anémie syphilitique.

Les résultats obtenus dans le traitement des anémies par les préparations de ces divers métaux à poids lourd, modifient la conception de l'action pharmacodynamique du fer. Il n'est plus possible d'admettre la régénération de l'hémoglobine par la pénétration du fer dans sa molécule, mais plutôt par une action stimulante sur la nutrition appartenant à un degré plus ou moins élevé aux divers métaux que nous venons de signaler.

Cette action stimulante sur la nutrition est probablement due à l'action exercée par les métaux à poids lourd sur les organes où l'on rencontre les oxydases, action qui favorise la production de ces dernières.

(Gaz. des hôp.)

Traitement des enterites chroniques.

L'indication thérapeutique essentielle est le régime.

Au début on instituera le régime lacté absolu, en administrant le lait suivant les règles habituelles, par doses égales et régulièrement espacées. Le lait sera

administré tiédi de préférence, impression d'un liquide froid pouvant déterminer des évacuations fréquentes chez les malades dont l'intestin est particulièrement excitable. Il est indispensable de le faire bouillir au préalable, pour neutraliser les germes qu'il contient, ou d'employer le lait stérilisé industriellement si le goût de ce dernier n'inspire pas une répugnance particulière aux malades. Dans l'intervalle des prises de lait on autorisera les décoctions de riz, d'orge.

Au début, le lait est souvent mal supporté, dans le cas de fermentations acides ; on peut parfois en assurer la tolérance en additionnant chaque litre d'une cuillerée à soupe de :

Chlorure de calcium..... 1 gramme.
Eau distillée..... 100 —

L'addition de poudres : craie préparée, sousnitrate de bismuth est en général inefficace.

Il est parfois nécessaire de faire, au début d'un traitement, quelques *lavages de l'estomac*, à intervalles espacés, soit avec de l'eau bouillie purement et simplement, soit avec de l'eau additionnée, par litre, d'un gramme d'acide salicylique ou de 5 grammes de benzoate de soude.

Souvent l'intolérance pour le lait est tenace ; dans ces cas, il faut lui substituer le *képhir* n° 2 qui a pour effet de régulariser la production des composés chloro-organiques dans l'estomac, d'augmenter ou de faire apparaître l'acide chlorhydrique libre. On fera prendre 3 à 4 bouteilles de képhir par jour ; puis, le régime képhirique absolu ne pouvant être maintenu longtemps, on diminuera la quantité de képhir et l'on fera prendre une certaine quantité de lait.

Lorsque les malades pourront s'alimenter, on continuera à prescrire le képhir à la dose moyenne de deux bouteilles par jour, consommé partie aux repas, partie dans l'intervalle.

Pour habituer les malades au képhir, on conseillera de le couper au début avec un peu d'eau de Seltz, de l'additionner d'une petite quantité de sucre ou poudre.

Après amélioration, au régime lacté absolu, on substitue un régime composé de lait et de potages au lait, de riz au lait, d'œufs à la coque, de viande crue pulvérisée, à doses progressivement croissantes (commencer par 50 à 60 grammes par jour et augmenter de 10 grammes tous les deux ou trois jours, jusqu'à 200 grammes) ; puis on autorise les pâtes alimentaires (nouilles, macaroni accommodés au jus de viande), les purées de pommes de terre, de lentilles, les poissons bouillis, la viande grillée ou rôtie.

Lorsque les malades feront deux repas, ils continueront à boire du lait ou du képhir aux repas, ou de l'eau additionnée d'extrait de malt ou des infusions chaudes.

Le repos au lit est nécessaire au début du traitement ; il contribue à calmer les douleurs et à réduire le

nombre des selles ; il est d'ailleurs nécessité par le mode d'alimentation qui ne permet pas au malades de se livrer à leurs occupations actives.

Un *purgatif salin* (sulfate de soude 20 gr. on eau purgative) est également utile au début du traitement. Quant aux *lavages de l'intestin*, ils doivent être utilisés pour les cas de colite ulcéreuse.

En somme, le traitement consiste presque exclusivement dans le régime. Comme adjuvants, on prescrira de petites doses d'eau de Vichy tiède (un demi-verre avant chaque repas), avec 1 gr. de phosphate de soude.

(Revue de thérap. — Gaz. méd. belge.)

DERMATOLOGIE

Le soufre dans le traitement de la séborrhée.

M. Sabouraud, dans le nouvel et très intéressant ouvrage qu'il vient de publier sur la *séborrhée*, les *acnés* et le *calvitie*, donne les renseignements suivants sur le premier des topiques externes de la séborrhée, sur le soufre.

Le soufre est incontestablement le médicament le plus actif que nous possédons contre la séborrhée vraie. On l'emploie soit en lotions soit en pommades.

Le type le plus simple de *lotion soufrée* est celui-ci, dont la formule appartient à E. Vidal :

Soufre précipité.....	} à à 10 grammes.
Alcool à 90 degrés.....	
Eau distillée.....	} à à 50 —
Eau de roses.....	

Délayer d'abord le soufre dans l'alcool. Ajouter l'eau. Agiter au moment de s'en servir. Cette lotion sera appliquée le soir et enlevée à sec le matin par frottement.

Cette excellente préparation comporte cependant quelques inconvénients : d'abord elle est traumatisante et certaines peaux ne la supportent pas : de plus, elle peut provoquer l'apparition d'une conjonctivite traumatique par transport des cristaux de soufre sur les yeux. D'où le conseil suivant : recommander à ses malades, avant toute lotion soufrée, d'onctionner le bord des paupières, avec une pommade anodine quelconque telle que

Oxyde rouge de mercure 10 centigrammes.
Vaseline..... 20 grammes.

Le soufre incorporé à des corps gras est, à proportion égale, plus offensant pour l'épiderme que le soufre incorporé à des liquides. Aussi faut-il, lorsqu'on prescrit le soufre en *pommades*, en donner des doses faibles, beaucoup plus faibles que celles indiquées au codex et dans les différents formulaires. De plus, la nature de l'exci-

pient importe beaucoup pour éviter le traumatisme des pommades soufrées. Le cérat soufré à 20 de soufre pour 100 de cérat est mieux toléré qu'une pommade à 5 p. 100, mais à base d'axonge ou de vaseline. Les glycérys d'amidon soufrés,

Soufre sublimé lavé..... 10 grammes.

Glycéré d'amidon..... 40 grammes.

(Hardy),

sont bien tolérés aussi.

En résumé, lorsqu'on veut traiter les séborrhées par la médication soufrée, ne pas oublier les conseils suivants de saine pratique.

1° Sur une peau inconnue, essayer les préparations soufrées avec prudence ;

2° Choisir d'abord comme excipient les lotions, moins offensantes ;

3° Dans les pommades, prendre d'abord comme excipient les cérats ;

4° Noter que, dans les cas où le soufre est indiqué, le malade aura, de telles préparations, un avantage suffisant pour avoir lieu d'en être satisfait. Le médecin sera alors autorisé à relever des doses insuffisantes. Si les doses primitivement employées ont été trop fortes, le malade sera en bien moins bon état après qu'avant la médication, parce que l'amélioration obtenue sera couverte par les lésions traumatiques nées du médicament lui-même.

Les sulfures alcalins sont bien plus des antiherpétiques, des antidartreux qu'ils ne sont proprement des antiséborrhéiques. Néanmoins ils peuvent être utilisés sous toutes formes dans le traitement des séborrhées huileuses de tous sièges, et ils n'y sont pas sans résultats.

Les bains sulfureux généraux sont à peu près notre unique arme dans la séborrhée seule, totale du corps. Mais il faudra avoir soin de formuler pour chaque patient le bain sulfureux approprié, de commencer par la moitié de la dose habituelle, de tater les réactions individuelles des malades. On se rappellera que l'addition de 200 grammes de gélatine (Dupuytren) diminue énormément la réaction traumatisante des sulfures, et qu'on peut arriver à guérir, par les bains sulfureux gélatinés, des lésions que le bain sulfureux simple irriterait et n'améliorerait nullement.

Les sulfures peuvent être incorporés à des lotions :

Sulfure de potasse..... } àà 1 gramme.

Teinture de benjoin..... }

Eau distillée..... 100 —

(Vignier.)

Celle du Codex est trop active et irritante.

Les sulfures peuvent être incorporés aux glycérys :

Glycéré d'amidon..... 30 grammes.

Trisulfure de potassium..... 0,50 à 1 gr.

ou aux pommades :

Foie de soufre liquide..... 20 grammes.

Axonge benzoïnée } àà 50 —

Savon de potasse..... }

(Bard.)

Sulfure de calcium..... 10 grammes.

Axonge..... 100 —

Essence de thym..... 1 —

(Debregne.)

Les préparations à base de sulfure n'ont que peu d'action dans la séborrhée fluente ; de plus, elles répandent une odeur insupportable. Pour ces deux raisons, il convient, dans la plupart des cas, de préférer les produits soufrés aux produits sulfurés.

(Gaz. des hôp.)

RHINOLOGIE

Utilisation en oto-rhinologie des propriétés décollantes de l'eau oxygénée.

L'eau oxygénée est employée couramment en otorhinologie à titre d'antiseptique et d'hémostatique.

M. G. Molinié (de Marseille) a eu l'idée à la suite du travail du professeur Poncet (de Lyon) qui attirait l'attention sur les propriétés libératrices de l'eau oxygénée, d'appliquer ces précieuses propriétés à l'oto-rhinologie.

Pour enlever les mèches placées dans le conduit auditif externe, pour extraire les *bouchons de cérumens*, les bains d'oreille à l'eau oxygénée d'une durée de cinq à dix minutes suivis d'une irrigation à l'eau tiède ont donné à l'auteur des résultats excellents et temporaires.

Les résultats sont plus brillants encore dans l'otite pseudo-membraneuse, où les fausses membranes peuvent être enlevées sans instruments et sans douleur par le même procédé.

En rhinologie, le tamponnement redevient possible puisqu'on peut l'enlever sans provoquer de nouvelles hémorragies grâce à l'eau oxygénée agent hémostatique, antifermentescible et décollant. On peut l'appliquer heureusement à la suite du sectionnement des synéchies.

L'auteur pense que l'eau oxygénée pourrait être aussi employée utilement dans le coryza pseudo-membraneuse, mais il n'en a pas encore l'expérience.

(Gaz. des hôp.)

GYNECOLOGIE

Le traitement de la congestion utérine d'origine menstruelle

(par Dr. DALCHE.)

Prenons deux exemples tout à fait opposés : d'une part, la congestion qui suit une aménorrhée accidentelle

de l'autre celle qui se traduit par une poussée menstruelle d'une violence tout à fait exceptionnelle.

AMÉNORRHÉE ACCIDENTELLE. — Les règles, au moment où elles allaient s'établir ou au beau milieu de leur flux, sont brusquement supprimées par une cause subite, froid, émotion vive, chute, etc. ; il en résulte de nombreux accidents dont nous avons étudié le traitement au chapitre de la *Médication emménagogue*.

Mais, parmi les accidents, le plus inévitable, le plus immédiat, est la congestion utérine, qui éclate aussitôt que les règles sont arrêtées, et c'est la seule des complications de l'aménorrhée accidentelle que nous envisageons ici, nous rapportant pour les autres indications thérapeutiques à ce que nous avons dit en d'autres endroits de ce livre.

La congestion se présente si nette, si indiscutable et si vive, que c'est elle que Bennett et Peter prennent comme type de la *congestion utéro ovarienne*.

La malade sera mise au *repos absolu* elle gardera, le lit ; toute fatigue même légère devient susceptible de favoriser des troubles beaucoup plus graves de métrite, de salpingo-ovarite, péri-métrosalpingite, etc. On lui placera sur le bas ventre un large *cataplasme laudanisé* peu épais et peu lourd, et si elle se plaint de coliques utérines, survenant par crises, on pourra remplacer le cataplasme par une *onction* avec la pommade suivante :

Extrait de belladone.....	} à 2 grammes.
Extrait de jusquiame....	
Onguent populeum.....	
F. S. A, pom.	

que l'on recouvrira d'ouate et de flanelle.

Prescrivez en même temps de longues *injections émollientes opiacées* ou bien *narcotiques* qu'il n'est pas nécessaire d'administrer très chaudes : ne dépassez pas 38°-40° ; je me convaincs tous les jours que nous avons trop négligé ou méconnu les effets de l'eau tiède pour user peut être inconsidérément, d'une manière indistincte dans toute sorte d'affections, de l'eau à très haute température, 45°-50°.

Le soir, vous ordonnerez un quart de *lavement laudanisé* à garder le plus longtemps possible, et un ou deux jours suivants au matin une *purgation légère* avec 30 grammes d'huile de ricin ou un verre d'une eau minérale. Subordonnez cependant la purgation à la non-réapparition des règles, car il arrive encore assez souvent que le sang, après un arrêt de trois ou quatre jours, recommence à couler d'une façon plus ou moins abondante, et ce flux marque une détente des plus heureuses que nous ne devons pas risquer de contrarier par une évacuation intestinales susceptible, à ce moment critique de créer une dérivation ; débarrassez alors le rectum au moyen d'un lavement glicériné.

Les *bains* longtemps *prolongés* ont un effet sédatif des plus marqués : Trouseau et Peter disent avoir observé qu'un bain donné un peu chaud au début des acci-

dents est capable d'augmenter les douleurs ; d'autre part nous savons qu'un bain tiède ne favorise pas toujours la venue du sang, au contraire ; je laisse volontiers passer quelques jours pour en prescrire afin de permettre au flux menstruel de reprendre son cours spontanément.

En attendant, je conseille des *émissions sanguines*, pour défluxionner le petit bassin au moyen de dix à douze sangsues appliquées sur l'hypogastre, application que l'on renouvelle, quand on le juge nécessaire, soit sur le bas ventre, soit sur le haut des cuisses. Au bout d'une ou deux semaines, si les accidents douloureux et congestifs persistent, il convient de pratiquer les émissions sanguines directement sur le col ; mais d'habitude heureusement, nous voyons céder la congestion assez vite, au moins lorsque les organes génitaux n'étaient pas préalablement malades.

Du reste, cette congestion utéro-ovarienne reconnaissant une cause accidentelle bien déterminée, la suppression brusque du flux menstruel n'a pas de tendance à se produire, et n'affecte pas la variabilité si caractéristique d'autres congestions de nature diathésique par exemple ; cependant, lorsqu'elle n'est pas entièrement dissipée dans le courant du mois, la venue des prochaines règles risque d'aggraver l'état de la matrice et de provoquer une légère rechute, plus que jamais la malade, à cette époque, gardera un repos absolu.

Il arrive aussi que l'aménorrhée continue ; nous avons indiqué plus haut le mode d'emploi de la médication emménagogue, et les procédés à mettre en œuvre en pareil cas.

(J. de méd. de Paris.)

INDUSTRIE, OU PLUTOT FUMISTERIE AURORE-DE-SIÈCLE.

LA CONTRE SPECIALITE.

La spécialité pharmaceutique française jouit à juste titre d'une réputation universelle. C'est qu'en France on apporte à la préparation des spécialités, une attention toute particulière, ce qui fait que la spécialité française a revêtu un caractère presque inconnu à celle des autres pays.

Les pharmaciens et les chimistes français s'appliquent surtout à spécialiser des produits dont la préparation extemporanée sur ordonnance est presque impossible. Aussi ce genre de spécialité est bien le seul qui mérite d'être prescrit et recommandé par les médecins sérieux.

La spécialité dont la seule raison d'être est de créer un monopole en faveur d'un ou de plusieurs individus est une indignité et mérite le mépris des honnêtes gens. Heureusement qu'avec un peu d'attention on arrive facilement à distinguer entre les spécialités dignes de confiance et celles qui ne le sont pas.

Des noms aussi bien connus que ceux de Comar, Houdé, Robin, Jacquemaire, Mialhe, Cheurier Catillon, Fumouze, Ch. Chanteaud, etc. etc., sont des garanties de la valeur des spécialités auxquelles s'intéressent ces hommes distingués.

Sur la bonne et légitime spécialité française est venu se greffer un parasite, la *contre-spécialité*, celle qui est faite presque exclusivement pour l'exportation, et qui est en train de ruiner ou tout au moins de discréditer au Canada la vraie spécialité française.

Le fabricant de contre-spécialités est un type dont l'ingéniosité n'a d'égal que son audace. Ses méthodes pour bernier les médecins ressemblent par certains côtés à celles employées par d'autres faiseurs pour rouler le gros public. En somme, il se moque audacieusement de ses clients qui, malheureusement, laissent surprendre leur bonne foi trop facilement. Voici comment notre type opère. Il choisit pour y greffer sa marchandise, une spécialité dont le mérite est universellement reconnu. Ensuite il fait cuisiner en France par un individu quelconque, un produit similaire, ou tout simplement il fabrique sa drogue ici au pays et s'efforce de lui donner le cachet français par la forme extérieure de la préparation, par l'apparence et la phraséologie des étiquettes et prospectus qui l'entourent. Mais c'est surtout dans la préparation des annonces et des prospectus qu'il met tout son savoir-faire. Notons la hardiesse avec laquelle il sait se servir des noms de médecins et de savants distingués ; d'une manière légale, il faut l'admettre, mais, ainsi qu'il suit.

MEDICATION ARSÉNISÉE

"Mémoire présenté à l'Académie de Médecine de Paris, par M. le professeur un tel de l'Institut, etc, etc.

"Sirop Arsénisé du Dr. Dupan (non inconnu, ou d'un médecin célèbre mais décédé, par conséquent ne pouvant réclamer).

"Préconisé par M. les professeurs X, Y, Z, etc. employé dans tous les hôpitaux de Paris et de la Province.

"Préscrit par toutes les sommités médicales du monde entier.

"Préparé dans notre laboratoire de Paris, en vente dans nos dépôts de Calcutta, Prétoria, Moscou, Madrid New-York.

Se defier des contrefaçons

("Le vieux truc du filou, qui, pour détourner l'attention crie au voleur)."

Exiger notre bande de garantie.

"Sont un méli-mélo de formules baroques et de descriptions aussi pompeuses que vides de sens commun".

Peut-on se moquer ainsi de la profession médicale ? Il faut bien se rendre à l'évidence puisque le marché est chargé de produits présentés de la manière citée.

On nous objectera peut-être que la farce décrite plus haut est trop grossière pour que les médecins s'y laissent prendre et que ces moyens n'ont des chances de succès qu'après du public. Il faut croire que non, puisque ceux qui mortent ces fumisteries semblent prospérer.

Nous venons de décrire une des méthodes en usage pour tenter de surprendre la bonne foi des médecins. Mais il n'y a pas que les médecins qui attirent l'attention de notre type ; il y a aussi les fournisseurs. Ceux-ci on les amorce au moyen d'en-têtes de lettres ingénieusement tournés. Oh ! cet en-tête de lettre, quel chef-d'œuvre ! ! biens malins sont ceux qui y résistent. Pensez-y donc, quelle belle occasion d'entrer en relation d'affaires avec une maison d'Amérique, et une maison d'une si grande importance, quelque chose dans ce genre ci.

"Fournisseur de tous les Hôpitaux d'Amérique, Universités, Ecoles de Médecine.

"Succursales et dépôts de vente dans toutes les villes importantes du Canada et des Etats-Unis."

Il va sans dire que très souvent la grande Maison en question a pour siège la chambre à coucher de son unique propriétaire.

Nous crions de toutes nos forces à nos lecteurs, gare ! ! et nous leur conseillons, s'ils veulent soigner leurs intérêts et ceux de leurs malades, de bien s'assurer de la valeur des spécialités pharmaceutiques avant de les prescrire. Un excellent moyen de se renseigner sur l'authenticité d'une spécialité française est de voir si elle est annoncée dans les revues françaises et par conséquent connue en France. En effet les revues françaises ont assez de dignité pour ne pas induire leurs lecteurs en erreur.

Nous reviendrons sur le sujet.

NOTES DE PHARMACIE PRATIQUE

par J. W. LECOURES,

Professeur de matière médicale et de pharmacie

à l'École de pharmacie de Montréal.

Sous le titre de *Notes de Pharmacie Pratique*, nous publierons de temps en temps, de courtes observations sur l'art de formuler, sur les incompatibilités chimiques et pharmaceutiques, sur la pharmacologie et la pharmacotechnie.

Nous signalerons l'apparition des médicaments nouveaux et dénoncerons, à l'occasion, les faux "nouveaux médicaments", préparations trompeuses, sinon frauduleuses, et dont il existe un certain nombre.

Nous donnerons des formules choisies et des résumés tirés de la presse pharmaceutique. Enfin des miscellanées de bouts d'articles d'intérêt médico-pharmaceutique.

Nous répondrons aussi, dans la mesure de nos forces, aux questions que l'on voudra nous poser concernant

les sujets de notre compétence. Ces questions devront être signées et adressées à J. E. W. Lecours, pharmacien, 370, rue Craig, Montréal.

Réponse à Radinol.— 1° Ajoutez un ou deux grains d'acide salicylique par once et la solution de cocaïne se conservera pendant assez longtemps.

2° *Mixture de Dwight*; préparation souvent prescrite contre les crampes, la diarrhée et la dyssentrie. Se prépare d'après la formule suivante :

Teinture d'opium.....	2 onces
“ de camphre.....	2 —
“ de rhubarbe.....	1½ —
“ de capsicum	½ —

Mêler et filtrer après quelques jours. Se donne à la dose de 25 à 30 gouttes dans un peu d'eau, toutes les heures, jusqu'à soulagement.

Topique contre les panaris.—

Acétate de plomb liq.....	2 onces
Glycérine.....	3 —
Eau de laurier-cerise.....	2½ —
Eau.....	4 —

Plonger à plusieurs reprises et pendant une heure le doigt malade dans ce mélange.

Chloralol (pour le mal de dents).— Mêlez dans un mortier, en parties égales, du camphre et du chloral hydraté. Après quelques heures de contact les deux substances se liquéfient complètement. Le liquide épais produit est beaucoup employé contre le mal de dents, la névralgie, etc.; n'est pas caustique. Mode d'emploi : saturer du coton et remplir les cavités ; peut aussi s'appliquer directement sur les gencives.

Médicaments interdits aux nourrices. (1)— Marfan, dans son *Traité de l'Allaitement*, étudie quels médicaments il faut éviter chez les nourrices. L'opium, la morphine, l'atropine, la jusquiame, le colchique, la cocaïne, l'arsenic, le chloral, les sels de plomb passent dans le lait et peuvent incommoder ou intoxiquer le nourrisson. La digitale, l'ergot de seigle, l'antipyrine peuvent être prescrits sans inconvénients. La quinine peut être employée à condition que la nourrice la prenne aux repas, car la glande mammaire ne l'élimine abondamment que si le médicament a été pris à jeun. La cocaïne et le camphre restreignent la sécrétion lactée, le fer paraît l'augmenter. Il n'y a pas d'inconvénient à laisser les nourrices manger de la salade.

Coloration de solution d'ésérine.— Les solutions d'ésérine se colorent rapidement en rouge. Cette coloration est due à la formation dans la solution d'un produit d'oxydation nommé rubrésérine.

Hallauer prétend que cette oxydation de l'ésérine ne nuit pas à son effet contractile sur la pupille, mais que des effets secondaires sont à craindre. Il résulte des

travaux de M. Duquesnel que la solution d'ésérine et de ses sels est inactive quand elle est colorée. Les conclusions à tirer des travaux de MM. Hallamer et Duquesnel sont les mêmes ; c'est qu'il ne faut pas employer les préparations d'ésérine qui sont colorées. Le meilleur moyen de conserver les solutions d'ésérine, est de les tenir à l'abri de la chaleur, de l'air et surtout de la lumière dont les rayons bleus causent l'oxydation de l'alcaloïde et de ses sels.

Hallauer prétend que l'addition de 4% d'acide borique à la solution d'ésérine, empêche sa décomposition et que cette addition ne nuit pas à son effet physiologique.

A propos de suppositoires.— Un médecin de nos amis, retour d'Europe depuis peu, nous affirme qu'un pharmacien de Paris a préparé sur une de ses ordonnances, des suppositoires d'extrait de belladone, en introduisant tout simplement la quantité prescrite d'extrait dans un suppositoire creux de beurre de cacao. Cette manière de préparer les suppositoires est certainement rapide et commode, mais est loin d'être recommandable. Il suffit de définir cette forme pharmaceutique et de mentionner ses usages pour le prouver amplement.

Les suppositoires sont des médicaments de consistance solide destinés à être introduits dans le rectum et le vagin. Ils sont composés d'une ou de plusieurs substances médicamenteuses intimement mêlées à un corps fusible à la température du corps, et qui sert d'excipient ; le beurre cacao est celui auquel on donne presque toujours la préférence.

Le suppositoire bien préparé doit contenir les substances médicamenteuses, soit en solution, si la substance est soluble dans l'excipient, ou à l'état de poudre ou de subdivision très fine intimement mêlée à toutes les parties de l'excipient. Préparé ainsi, le suppositoire fond lentement au contact de la muqueuse et par conséquent produit un contact constant et prolongé entre cette muqueuse et le médicament, ce qui assure l'absorption aussi complète que possible du remède.

Les choses se passent-elles ainsi avec le suppositoire creux qui contient les médicaments à l'intérieur comme dans une capsule ? Evidemment non. Si le contraire était vrai, on pourrait se servir de pilules, de pastilles ou de capsules en guise de suppositoires.

Le seul usage recommandable pour ces suppositoires creux, est pour l'administration par le rectum de la glycérine, des peptones ou des aliments concentrés. Dans ces cas, ils servent tout simplement comme capsules.

En Amérique, quand un pharmacien veut citer quelque chose d'abracadabrant au point de vue pharmaceutique, il cite les suppositoires creux, et hâtons-nous d'ajouter que l'usage de ces suppositoires est inconnu au Canada.

(1) Journ. de méd. interne.

BIBLIOGRAPHIE

C'est avec plaisir que nous accusons réception d'un exemplaire du travail publié par MM. Cornil et Weniberg sur *l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire*, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, de Paris.

Nous devons cette insigne faveur à Mr. M. Weniberg, que nous avons eu l'honneur de connaître et dont nous avons pu apprécier les qualités de travailleur et de chercheur passionné, l'ayant vu à l'œuvre.

Le fait seul de voir le nom de ce jeune et distingué associé à celui de M. le professeur V. Cornil, est une garantie suffisante de la valeur de M. Weniberg, chef du laboratoire à l'hôpital Boucicault.

Les principaux détails de configuration et de structure de la grossesse tubaire en même temps que la bibliographie, ont déjà fait le sujet d'un premier mémoire, publié dans la *Revue de Gynécologie*, en février 1900. Dans le travail actuel les auteurs donnent avec preuve à l'appui, leur façon "d'envisager des points qui ne sont pas complètement élucidés, tels que la structure du pôle libre de l'œuf et la disposition de la caduque réfléchie, la formation du syncytium et les modifications de l'épithélium cylindrique de la muqueuse tubaire, au niveau du pôle libre de l'œuf, comme dans les parties de la trompe qui en sont voisines".

Ce travail comprend trois chapitres :

I. Structure des membranes de l'œuf et de la caduque réfléchie.

II. Caduque sérotine.

III. Lésion de la trompe à proximité du sac gra- vide.

Des planches d'un dessin très net facilitent beaucoup la compréhension d'une étude aussi sérieuse et d'une aussi grande envolée scientifique.

W. J. D.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le Dr Gaston LYON, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième édition revue et augmentée. 1 fort volume gr. in-8° de 1540 pages. (Masson et Cie, éditeurs). Relié toile... \$6.00

Le traité élémentaire de clinique thérapeutique adopté avec empressement, dès son apparition, par les étudiants et les praticiens, est devenu classique et, en moins de sept années, quatre éditions françaises ont été publiées, ainsi que plusieurs traductions en langue espagnole, grecque et italienne. — La quatrième édition, augmentée de près de deux cents pages, a subi de nombreux remaniements et comprend un certain nombre de chapitres nouveaux parmi lesquels nous citerons

ceux qui sont consacrés aux accidents de la dentition, aux ulcérations des amygdales, aux abcès retro-pharyngiens, à l'œsophagisme, aux œdèmes laryngés, à la syncope aux phlébites, à la sclérose en plaques, aux tics, aux crampes, aux pseudo-rhumatisme injectieux.

D'autres parties de cet ouvrage ont bénéficié d'une rédaction entièrement nouvelle, notamment les chapitres qui traitent des végétations adénoïdes, de l'atrophagie, des dyspepsies et toxi-infections gastro-intestinales infantiles, de l'appendicite, de la tuberculose pulmonaire, de la grippe, des maladies de croissance. Le formulaire qui termine l'ouvrage a subi les modifications nécessitées par l'adjonction de quelques médicaments nouveaux et d'une utilité incontestable.

Le lecteur trouvera en outre, dans cette quatrième édition, une liste très complète des stations d'altitudes avec l'indication pour beaucoup d'entre elles, visitées par l'auteur lui-même, de leurs avantages et inconvénients respectifs ; et un tableau des principales eaux minérales françaises, avec l'exposé de leurs indications essentielles.

Ce rapide aperçu des principales modifications apportées à ce livre montre que le Dr Gaston Lyon a mis tous ses soins à le tenir au courant de l'évolution incessante de la thérapeutique et qu'il a encore accentué son caractère pratique.

Maladies du cuir chevelu. Les maladies séborrhéiques. Séborrhée, Acnés, Calvitie, par le Dr R. SABOURAUD, chef du laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital St-Louis, membre de la Société de Dermatologie. 1 vol. in-8°, avec 91 figures dans le texte dont 40 aquarelles en couleurs (Masson et Cie, éditeurs) Prix..... \$2.50

Depuis que le Dr Sabouraud annonça pour la première fois que la Séborrhée et la Calvitie séborrhéique étaient des maladies microbiennes (*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1897), le public scientifique attendait une monographie complète du sujet pour juger les progrès accomplis dans l'étude de ces maladies si communes et jusque-là si mal connues. C'est ce travail que M. Sabouraud nous donne aujourd'hui et il en fait le premier volume d'une série ayant pour titre : *Les Maladies du Cuir chevelu*.

Toutefois, pour faire comprendre la calvitie et son mécanisme, l'auteur est forcé de présenter d'abord une étude de la Séborrhée en général, puis une étude des Acnés qui en compliquent si fréquemment l'évolution. La Calvitie, qui forme la partie la plus importante de l'ouvrage, y est analysée dans ses causes générales, dans sa cause microbienne, dans ses symptômes capitaux, dans sa marche, son évolution, ses formes diverses ; l'auteur étudie ensuite les lésions anatomiques dont s'accompagne l'infection microbienne séborrhéique à tous ses stades.

Enfin la *Thérapeutique* actuelle de la séborrhée de tous sièges et de la Calvitie séborrhéique est étudiée minutieusement avec un soin et des détails dont les praticiens sauront assurément beaucoup de gré à l'auteur.

Malgré la spécialité du sujet, cette ouvrage a été écrit dans un style clair et simple, sans accumulation de mots techniques et avec le visible souci d'être compris même du médecin qui n'est pas spécialiste en ces matières ; le texte est abondamment illustré de *figures en noir et en couleurs* qui ajoutent singulièrement à l'intérêt de sa lecture et donne au livre tout entier une valeur documentaire de premier ordre.

Dans les conditions où se présentent *La maladies séborrhéiques*, ce livre est la seule monographie scientifique sur cette matière et éclaire d'un jour tout nouveau la genèse et la thérapeutique de cette maladie si commune et si redoutée : la *Calvitie*.

Éléments de physiologie, par Maurice ARTHUS, de l'Institut Pasteur de Lille, ancien professeur de physiologie, chimie physiologique et microbiologie, à l'université de Fribourg (Suisse), 1 vol. in-16 *diament* de XII-874 pages, avec figures dans le texte (Masson et Cie Editeurs), cartonné toile, tranches rouges..... \$2.00

Ce manuel, résumé fidèle de l'enseignement donné par l'auteur pendant les quatre années de son professorat à l'université de Fribourg, a été écrit pour être utile aux étudiants et est, avant tout, un livre d'enseignement. Avant d'aborder la lecture des grands traités de physiologie, il est indispensable d'acquérir un ensemble de notions précises et d'idées directrices qui permette à l'élève de démêler un ensemble de faits souvent complexes. Ce sont ces notions que l'auteur s'est efforcé de condenser dans ce petit livre, qui rendra, à n'en pas douter, les plus grands services à tous ceux qui commencent l'étude de la physiologie.

Conférence pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publiés les *Conférences de l'Externat*, continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici, il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet ; il faut classer les notions acquises et les adapter à un cadre déterminé.

Ces conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées : les divisions ont été multipliées à dessein pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'Anatomie et de Pathologie ; ils ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* ; I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX et XX, Reins, Uretères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

FORMULAIRE

■ L'ICHTHYOL CONTRE LES ENGELURES.

Ichthyol.....	5 grammes.
Chloroforme.....	2 —
Parafine.....	3 —

En cas de plaies, supprimer le chloroforme et remplacer la parafine par la pommade à l'oxyde de zinc (Unna).

Ichthyol.....	5 à 8 grammes.
Vaseline (lanoline).....	50 —

Laver à l'eau tiède ; puis appliquer la pommade (Dujardin-Beaumetz, Henri Fournier).

(Gaz. des hôp.)

Travaux Originaux

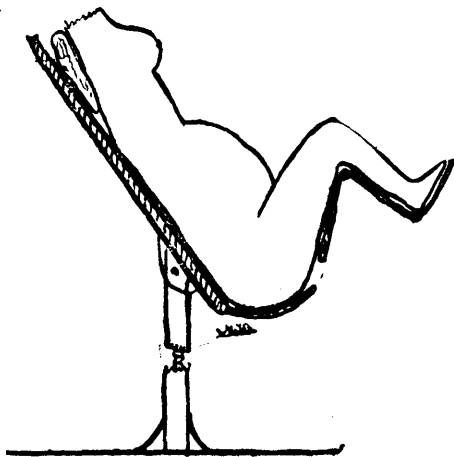
UNE NOUVELLE POSITION POUR L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE.

Par M. T. BRENNAN, M. D.,

*Professeur de gynécologie à l'université Laval ;
gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.*

Nous voulons signaler à l'attention de nos confrères une nouvelle position gynécologique que nous employons depuis bientôt un an et qui nous a rendu de grands services.

La figure ci-jointe fera comprendre de suite cette posture. La personne est assise, l'inclinaison variant de 45 degrés à la position presque verticale. Le siège repose sur un appui, les jambes sont fléchies sur les cuisses et celles-ci sur l'abdomen ; les membres inférieures reposent sur une jambièrre. L'on conçoit facilement que dans cette position on obtienne un relâchement complet de



tous les muscles abdominaux, pelviens et des membres inférieurs. La patiente y est très à l'aise, le médecin fait son examen très facilement et jouit non seulement du relâchement musculaire de sa malade, mais aussi, et ce sont des avantages souvent des plus précieux, profite de l'action de la pesanteur et de tous les efforts musculaires que sa malade peut faire sans ses indications.

Les modifications pour obtenir cette position sont très faciles à faire à une chaise ordinaire ou à une simple table d'examen.

Nous aurons occasion de revenir sur les avantages à retirer de cette nouvelle position gynécologique ; pour le moment nous ne faisons que la signaler.

200. rue Saint-Hubert.

RAPPORT D'UN CAS D'ANEVRISME ARTERIOSO-VEINEUX A L'HOTEL-DIEU (1)

PAR M. LE DOCTEUR D. HINGSTON,

Interne à l'Hôtel-Dieu,

Admise le 21 octobre 1901, la malade âgée de 40 ans se plaignait de douleurs vives mais intermittentes au niveau de la 12^{ème} vertèbre dorsale et de la 1^{ère} lombaire. Cette douleur s'établit insidieusement il y a 18 mois. Comme antécédents il était impossible de retracer aucune histoire de syphilis, traumatisme, fièvre intermittente, intoxications etc. A l'examen physique on constatait une emaciation marquée, pouls rapide et petit, retraction du genou gauche ; les urines étaient normales. La douleur qui suivait le trajet du muscle psoas et la retraction du genou gauche faisaient soupçonner une poche: alors on institua un régime reconstituant et la malade fut mise sous observation. La douleur continua à s'accroître et devint de moins en moins délimitée, s'irradiant dans toute la région lombaire et jusque dans les jambes, l'asthénie devint de plus en plus marquée. L'exploration fut décidée et le 3 janvier 1902 une incision fut pratiquée au-dessus de la crête iliaque: un pouce et demi en arrière de la ligne sous axillaire. On tomba de suite sur une masse de sang coagulé et le même soir la malade est morte d'hémorragie.

L'autopsie révéla que tous les organes étaient normaux sauf le cœur qui était en commencement de dégénérescence graisseuse ; aucun signe d'athérome, ou d'artério-sclérose. Justement sous le diaphragme on trouva un anévrisme artérioso-veineux de l'aorte et d'une grosse veine située du côté gauche de la colonne vertébrale probablement la veine cave déplacée. La dernière vertèbre dorsale et la première lombaire étaient atteintes d'ostéite raréfiante très marquée. Ces vertèbres formaient la paroi postérieure du sac anévrial. Il y avait des hématomes très considérables dans les muscles psoas du côté droit sous aponévrotique, du côté gauche dans l'épaisseur même du muscle. Ce muscle avait été incisé à l'opération. La communication entre les psoas et l'aorte se faisait par l'insertion de ces muscles sur les vertèbres cariées.

Plusieurs auteurs ont été consultés au sujet d'anévrismes mais celui-ci paraît être le premier cas rapporté d'un anévrisme artérioso-veineux communiquant avec les muscles psoas.

(1) Communication faite à la "Société Médicale de Montréal".

Revue des journaux

MEDECINE

De la flexion du tronc dans le decubitus dorsal (acte de se mettre sur son seant)

MM. Grasset et Calmette (de Montpellier) étudient la valeur sémiologique du signe décrit par M. Babinski sous le nom de flexion combinée de la cuisse et du tronc et ils arrivent aux conclusions suivantes :

L'action de se mettre sur son seant peut s'exécuter de quatre manières différentes :

1° Type normal, le sujet s'assoit, les membres inférieurs restant absolument immobiles ou les jambes se fléchissant légèrement sur les cuisses, sans que les talons quittent le sol ;

2° Type cérébelleux, indiquant la faiblesse de l'appareil neuro-musculaire de la hanche (extenseurs et surtout fléchisseurs de la cuisse) : le sujet s'assoit ou essaie de s'asseoir en fléchissant les cuisses sur le bassin, en étendant complètement les jambes sur les cuisses et en détachant fortement les talons du sol ;

3° Type hémiplégique, indiquant à la fois la faiblesse de l'appareil neuro-musculaire de la hanche et la faiblesse des extenseurs de la jambe sur la cuisse (fléchisseurs supplémentaires de la cuisse sur le bassin) ; le sujet s'assoit ou essaie de s'asseoir en fléchissant les cuisses sur le bassin et en fléchissant les jambes sur les cuisses.

Les types 2 et 3 peuvent être unilatéraux, c'est à dire qu'un membre inférieur étant en type 2 ou 3, l'autre peut être en type 1, 2 ou 3 ;

4° Type Kernig, indiquant les mêmes éléments que le type trois et, en plus, la contracture des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse : le sujet s'assoit comme dans le type 3, seulement on ne peut pas, avec la main, lui étendre artificiellement les jambes sur les cuisses.

M. J. Babinski constate que MM. Grasset et Calmette confirment en partie ce qu'il a écrit sur la flexion combinée de la cuisse et du tronc et n'infirment aucune des idées qu'il a émises.

(Gaz. hebd. méd et chir.)

Paralysie asthénique bulbo-spinale

M. Leclerc montre une malade qui présente le syndrome connu sous le nom de paralysie asthénique bulbo-spinale.

C'est une jeune fille de 24 ans, cousurière, sans antécédents nerveux héréditaires ou personnels. Sans cause appréciable, elle a commencé il y a vingt mois à éprouver de la diplopie, de la difficulté à regarder latéralement et presque en même temps de la faiblesse dans les membres supérieurs. L'affaiblissement des membres inférieurs commença plus tard.

Actuellement, on constate : une ophtalmoplégie externe double totale, une ophtalmoplégie interne partielle (les pupilles réagissent à la lumière, mais nullement à l'accommodation). La papille est normale, ainsi que le champ visuel et la vision des couleurs.

Pas de ptosis complet, mais néanmoins un peu de parésie des releveurs de la paupière. Les muscles innervés par le facial supérieur ou inférieur ne sont pas sensiblement touchés. Les mouvements de la langue sont parfaitement conservés. De temps en temps parésie des muscles de la déglutition et rejet des aliments par les fosses nasales. Affaiblissement marqué des muscles masticateurs. Léger affaiblissement des muscles de la nuque. Parésie prononcée des muscles de la racine des membres supérieurs (deltoïde principalement), moins prononcée aux membres inférieurs ; la malade marche lentement avec un peu d'hésitation. Quand elle monte des escaliers, il lui arrive après avoir gravi quelques marches de ne pas pouvoir monter plus haut et de tomber à genoux.

Réflexes tendineux et cutanés normaux, aucun trouble de la sensibilité. Pas de traces d'atrophie musculaire.

Aucun signe d'hystérie, variabilité dans la faiblesse musculaire. Le malade a ses bons et ses mauvais jours. L'asthénie musculaire s'accroît avec la répétition des mouvements qui produit l'épuisement musculaire.

Ce syndrome a été signalé en 1878 par Erb qui publia trois cas d'origine bulbaire. Les recherches ultérieures ont montré qu'il repose sur aucune lésion anatomique. S'agit-il d'une entité morbide appartenant à la famille des paralysies bulbaires et spinales vraies, c'est à dire des polio-encéphalomyélites ? Dès lors, il faut admettre qu'il s'agit d'un simple trouble fonctionnel, c'est à dire d'altérations encore invisibles des cellules motrices abolissant leur fonction motrice et respectant leur fonction trophique, puisque contrairement à ce qui a lieu dans les polio-encéphalomyélites, l'atrophie musculaire fait défaut. Ou bien, ainsi que le disent Déjerine et Thomas, le complexe symptomatique en question serait-il moins une entité morbide qu'un syndrome abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes ? Dans l'état actuel de la science, il paraît imprudent de prendre parti pour l'une plutôt que pour l'autre de ces deux hypothèses.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Anomalies thoraciques comme cause prédisposantes de la tuberculose et de l'emphyseme.

(par M. W. A. Freund.)

La capacité respiratoire des poumons étant fonction de l'expansion et de la contraction du thorax, on conçoit que les modifications du volume et de la dilatabilité

thoraciques constituent des causes prédisposantes de diverses affections pulmonaires.

Une des plus fréquentes de ces modifications résulte du raccourcissement des cartilages costaux. D'après les mensurations effectuées par M. Freund, ces cartilages qui ont d'ordinaire 2 centimètres de longueur à la naissance, atteignent 4 centimètres chez l'adulte ; mais que ce développement des cartilages ne se fasse pas, et l'on aura un thorax étroit, peu dilatable, correspondant à l'*habitus phtisicus*. L'hypertrophie des muscles inspirateurs constitue, en pareille occurrence, un phénomène de compensation.

Une autre altération qui agit dans le même sens, c'est la péricondrite costale avec ossification. M. Freund a souvent constaté cette lésion en cas de tuberculose des sommets. La compensation peut s'effectuer par le relâchement de la soudure entre le manubrium et le corps du sternum, ou même par la fracture du premier cartilage costal, avec formation consécutive d'une pseudarthrose. C'est ainsi que M. Freund a observé un cas de tuberculose pulmonaire ayant guéri de la sorte ; d'autre part, sur 30 cadavres présentant des foyers tuberculeux du sommet avec raccourcissement des côtes, il s'agissait dix-huit fois de lésions guéries, et cette guérison coïncidait avec la production de pseudarthroses.

Enfin, le cartilage costal peut s'hypertrophier, devenir poreux et immobiliser la côte en position d'inspiration ; la conséquence en est l'apparition d'un emphysème pulmonaire.

Il est facile de lutter contre ces troubles, au moyen d'une intervention opératoire fort simple et sans danger qui, suivant les cas, consiste soit en la résection du cartilage costal.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Le massage direct du foie.

par MM. A. GILBERT et P. LEREBoullet.

Chaque jour les indications du massage se multiplient, et le massage médical prend en thérapeutique une place sans cesse plus large. Les services qu'il rend dans nombre d'affections abdominales nous ont fait nous demander s'il ne pouvait pas avoir la même utilité dans le traitement des diverses maladies du foie. Nous avons alors recherché si au massage abdominal, n'agissant sur le foie qu'indirectement, il ne serait pas possible d'adjoindre ou de substituer des manœuvres directes. Grâce au concours de M. de Frumerie, qui, sur notre conseil, a consacré sa thèse à ce sujet, nous pouvons, d'ores et déjà, fixer la technique du massage direct du foie, en signaler les effets heureux ou défavorables, en préciser les indications et les contre-indications. Ce sont ces premiers résultats que nous désirons résumer dans cette courte étude.

TECHNIQUE. — Le massage direct du foie est assez facile à mettre en pratique, pour peu que l'on agisse méthodiquement et en évitant toute violence.

L'*effleurage* en est la manœuvre initiale ; agissant superficiellement, il ne peut intéresser qu'une minime partie du lobe droit et une portion un peu plus grande du lobe gauche du foie. Il se fait au dessous du rebord costal gauche que l'on suit de près et en agissant dans les deux sens ; on augmente un peu la pression au creux épigastrique là où le foie est le plus accessible.

L'*écrasement* se pratique ensuite, en pénétrant à la faveur des inspirations profondes jusqu'à la face antérieure, puis à la face inférieure du foie.

L'habitude permet au masseur qui emploie cette manœuvre de faire disparaître ses doigts presque entièrement sous le rebord costal, même chez les sujets à paroi abdominale résistante. Il a ainsi dans les mains la face inférieure de l'organe, sur laquelle il peut agir par un *pétrissage* plus ou moins énergique.

Le masseur peut d'ailleurs varier les manipulations pratiquées sur le foie, et de M. de Frumerie, dans l'étude complète qu'il a faite de cette technique, en indique un certain nombre.

Quelle que soit la manœuvre employée, ces recherches permettent d'affirmer la possibilité du massage direct du foie et des voies biliaires, mais il va de soi qu'il doit toujours être pratiqué avec beaucoup de ménagements et de douceur.

BUT ET EFFETS. — Le massage direct du foie peut *a priori* agir soit sur la circulation intra-hépatique vicieuse, soit sur la circulation biliaire entravée, soit enfin sur les troubles fonctionnels de la cellule hépatique. Ce sont ces divers effets que nous avons recherchés chez une série de malades atteints d'affections hépatiques diverses.

Effets sur la circulation hépatique, sur le cœur et la circulation générale. — Pour nous rendre compte de ces effets, nous avons fait pratiquer avec prudence le massage direct du foie soit dans des cas de cirrhoses veineuses ou biliaires avec gêne de la circulation portale plus ou moins marquée, soit dans des cas de congestions passives du foie d'origine cardiaque. Nous avons pu ainsi étudier l'action du massage sur la circulation intrahépatique même, sur la circulation générale, sur la circulation portale.

L'action sur la circulation intra-hépatique semble assez constante, et, le plus souvent, la diminution de volume du foie, sous l'influence du massage direct de l'organe, est venue démontrer cette action favorable.

L'action sur la circulation générale a été tantôt favorable, tantôt défavorable ; dans les deux cas l'influence du massage a paru évidente.

La polyurie (ou tout au moins le retour des urines au chiffre normal) a été, en effet, assez nettement constatée dans les cirrhoses soumises au massage, et elle a paru en rapport avec l'amélioration du trouble circulatoire et la diminution de volume du foie.

Dans d'autres cas, c'est au contraire, le désordre de la circulation générale que nous avons observé du fait de l'emploi du massage direct, et par deux fois nous avons noté l'apparition de véritables crises d'*asystolie provoquées par le massage*. Chez une malade atteinte de cirrhose hypertrophique avec ictère d'origine syphilitique, le massage, pourtant pratiqué avec prudence, amena, après une dizaine de séances, une crise d'*asystolie* fort nette avec œdème des membres inférieurs, pouls veineux jugulaire, tachycardie, dilatation du cœur droit avec souffle tricuspide, etc. Cette crise d'*asystolie* cessa d'ailleurs rapidement, dès que le massage fut interrompu. Dans ce cas, le massage semble donc avoir provoqué une crise d'*asystolie* réflexe, analogue à celles qui ont été signalées dans diverses affections gastriques ou hépatiques.

Chez un autre malade, atteint d'omphysème avec insuffisance tricuspide, et congestion passive du foie, le massage hépatique (pratiqué alors que les phénomènes *asystoliques* avaient depuis longtemps cessé, mais que le volume du foie tardait à redevenir normal) paraît avoir amené la réapparition des symptômes *asystoliques*. Ces deux cas montrent combien le massage hépatique doit être prudent, et comment il convient de le cesser dès qu'on voit survenir des troubles circulatoires indiquant une action trop énergique.

L'action sur la circulation portale était intéressante à étudier, en raison du rôle de l'hypertension portale dans la production des divers symptômes des affections hépatiques, mais les éléments d'appréciation eussent fait à peu près complètement défaut, sans le nouveau signe précoce de l'hypertension portale que nous avons décrit sous le nom d'*opsiurie*, et que M. Lecerf a récemment étudié dans sa thèse.

Ce signe, fourni par l'examen fractionné des urines, consiste dans le retard de l'élimination aqueuse de l'urine, qui, au lieu d'avoir son maximum dans la période digestive, le présente dans la période de jeûne. Sa recherche méthodique aux diverses phases du traitement permet de se rendre compte des effets du massage du foie. Un des cas les plus nets que nous ayons observés concerne un malade atteint de cirrhose pigmentaire palustre et qui, porteur d'un très gros foie avec *opsiurie* très nette à son entrée à l'hôpital, a été très amélioré par le massage direct du foie. Les dimensions verticales de l'organe ont en effet diminué de 4 à 5 centimètres à la suite d'une dizaine de séances de massage, et l'*opsiurie* a complètement disparu, pour faire place au rythme normal de l'élimination urinaire. D'autres cas semblables nous ont permis de conclure à l'action favorable du massage direct du foie sur la circulation portale.

Mais il n'en va pas toujours ainsi, et parfois au contraire, le massage semble exercer une action fâcheuse sur cette circulation. C'est ainsi que, dans deux cas, l'un de cirrhose biliaire avec hypertension portale manifeste, l'autre de cirrhose alcoolique, le massage a paru

favoriser la production d'*hémorragies gastro-intestinales*.

L'action du massage direct du foie sur la circulation portale est donc évidente, mais comme, l'action sur la circulation générale, elle peut être favorable ou défavorable suivant les cas.

Effets sur la circulation biliaire. — Dans les quelques cas d'ictère lithiasique et d'ictère catarrhal, où nous l'avons fait pratiquer, les résultats n'ont été démonstratifs ni dans un sens ni dans l'autre, mais le massage direct du foie semble *a priori* susceptible d'exercer une influence utile en favorisant la chose biliaire.

Effets sur les fonctions du foie. — Nous avons à diverses reprises insisté sur les troubles fonctionnels du foie, et leur division possible en troubles d'hypo ou d'hyper-fonctionnement et en viciation fonctionnelle, soit en *hyperhépatie*, *anhépatie* et *parhépatie*. Le massage hépatique a été pratiqué dans des cas répondant à ces trois types. C'est dans l'*anhépatie* qu'il paraît appelé à rendre des services, en stimulant l'activité de la cellule hépatique. C'est ainsi qu'il a semblé efficace contre quelques cas de diabète par *anhépatie*, réserve faite toutefois de la possibilité de l'intervention d'autres facteurs; dans une de nos observations où, avant le massage, il y avait par 24 heures 8 gr. 88 de sucre et 26 gr. 88 d'urée, le sucre avait disparu après quelques séances de massage et l'urée était remontée à 32 grammes. Par ses effets sur la glycosurie et l'azoturie, le massage direct du foie semble donc se comporter comme un stimulant des fonctions du foie.

INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS. — Les résultats que nous venons de résumer montrent que, s'il entraîne parfois quelques accidents, plus souvent le massage direct du foie peut, à condition d'être pratiqué avec prudence, être employé avec avantage dans un certain nombre d'affections hépatiques.

Il semble devoir amener de bons résultats dans tous les cas, où il y a gêne portale persistante démontrée par l'*opsiurie*. C'est ainsi qu'il peut être pratiqué dans certains cas de *congestions passives* du foie d'origine cardiaque, de *cirrhoses veineuses* avec ou sans ascite, de *cirrhoses biliaires*, et même de *cirrhoses pigmentaires*. Sans doute, dans tous ces cas, on ne peut espérer obtenir une récession marquée de tous les symptômes, mais on peut voir survenir une diminution très nette du volume du foie, et la disparition de l'*opsiurie* montre que l'on a agi sur la circulation portale.

La *lithiase biliaire*, certains cas d'*ictère catarrhal* semblent être parfois justiciables du massage direct du foie qui, en facilitant la chasse biliaire, peut aider à l'atténuation des symptômes en favorisant la guérison.

A ces affections l'on peut joindre encore la *cholémie simple familiale* dans les cas où elle s'accompagne d'*hypertrophie* du foie.

Enfin dans certaines maladies, à l'origine desquelles on peut invoquer un trouble fonctionnel du foie, et parmi

lesquelles le *diabète* doit être placé au premier rang, le massage direct du foie est souvent indiqué, c'est ainsi que, comme nous l'avons dit plus haut, plusieurs cas de *diabète par anhépatie* ainsi traités ont été nettement améliorés; en revanche cette méthode thérapeutique semble moins applicable dans le *diabète par hyperhépatie*. Peut-être aussi la *goutte* pourrait-elle être, dans quelques cas justiciable du massage, isolée du foie.

En regard de ces affections où l'on peut espérer une amélioration réelle, se placent toute une série d'autres états pathologiques où le massage est nettement contre-indiqué et peut même être dangereux: *kystes hydatiques du foie, abcès du foie, cancers du foie, cirrhoses graisseuses* de divers types, etc.

D'ailleurs, même dans les cas où l'on peut retirer avantage du massage direct, il va de soi qu'il convient de surveiller de près le malade, afin de cesser au moindre trouble indiquant que ce traitement est mal supporté, et qu'il faut se rappeler la possibilité d'accidents (d'ailleurs exceptionnels), du fait de son emploi (asystolie, hémorragies gastro-intestinales, etc.)

L'étude du massage direct du foie quel que soit l'avenir réservé à cette méthode, nous a en tout cas montré qu'il était une arme thérapeutique utile, et digne d'être employée assez fréquemment, en raison de ses effets sur la circulation portale et sur l'activité fonctionnelle du foie.

(Gaz. hebdom. méd. chir.)

Sur l'obstruction intestinale par calculs biliaires

M. Karewski est intervenu 5 fois (avec un seul décès) pour des symptômes d'iléus dus à la migration des calculs biliaires. C'est un accident assez rare, et dont le diagnostic offre des difficultés sérieuses, car la symptomatologie en est fort variable. En effet, les individus qui en sont frappés peuvent n'avoir pas eu de coliques hépatiques, ou n'en avoir eu que longtemps auparavant; d'autre part, l'obstruction n'est d'ordinaire pas permanente, mais laisse des périodes de bonne santé. Enfin, le calcul peut être expulsé par l'anus ou, au contraire, passer dans la cavité péritonéale, où il détermine des phénomènes d'inflammation avec adhérences. Au moment où l'obstruction se produit, il se peut que la concrétion soit depuis des années dans l'intestin. D'ailleurs, on sait que les gros calculs ne peuvent pas arriver dans le tube intestinal par le cholédoque, mais bien en déterminant, par compression, des adhérences entre la vésicule biliaire et l'intestin, puis la perforation des parois de ces deux organes. Si cette perforation se fait dans le côlon, l'occlusion est peu à craindre, quoiqu'on ait pu l'observer même en pareille occurrence; mais c'est le plus souvent dans le duodénum que passe le calcul, et là les dangers sont plus grands, le calibre de l'intestin grêle allant en diminuant jusqu'à la valvule iléo-cœcale. La circonstance

adjuvante qui détermine habituellement la production de l'obstruction est — une disproportion entre le contenant et le contenu (calcul trop volumineux ou intestin rétréci) mise à part — l'existence de phénomènes inflammatoires, ayant pour conséquence la contracture de la paroi intestinale, et par suite l'enclavement de la concrétion.

Il est exceptionnel qu'on puisse porter un diagnostic de certitude; d'ordinaire, il n'existe que des présomptions, résultant de l'âge avancé des patients, de leur sexe — ont sait que la cholélithiase est plus fréquente chez la femme que chez l'homme — des alternatives de période d'occlusion et de perméabilité de l'intestin, des symptômes traduisant un obstacle haut placé, etc.

En ce qui concerne le traitement, la question se pose de savoir s'il faut ou non intervenir. Il y a quelques années, les statistiques étaient favorables à l'expectation qui donnait une mortalité moins élevée que l'opération. Il ne semble plus en être de même maintenant et pour sa part, M. Karewski croit qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer la laparotomie, quand les moyens médicaux n'agissent pas promptement.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Le rein mobile

D'après M. le professeur Têlenat, de Montpellier, le rein mobile est très fréquent, mais souvent latent et sans manifestations néphralgiques. Il l'a trouvé dans la proportions de 15 pour 100 chez la femme, de 5 pour 100 chez l'homme; 120 fois à droite, 4 à gauche, dont deux par adhérences néphro-coliques. Selon lui, la principale cause prédisposante de cette affection est une laxité anormale des tissus particulière aux neuro-arthritiques. On a voulu y voir un stigmate de dégénérescence mais il faut pour cela aggrandir, au delà de toute mesure raisonnable, le cadre de la dégénérescence.

La laxité anormale des tissus est ordinairement liée à un développement imparfait de l'appareil vasculaire ayant pour manifestation l'hypoazoturie, des migraines, des accidents pseudo-brightiques, du pseudo-rhumatisme toxinique.

La diminution de la courbure lombaire, en diminuant la profondeur de la loge rénale, les grossesses répétées, l'action du corset ont une influence certaine.

Les affections utéro-ovariennes par des adhérences et surtout par la dystrophie générale qu'elles déterminent sont facteurs du rein mobile. Elle sont aussi et surtout une occasion de le rechercher.

La ptose rénale fait souvent partie d'une ptose viscérale plus ou moins générale; les deux dépendent d'une même cause, mais parfois le rein est attiré par les viscéres ptosés.

Contre les reins mobiles indolores, la ceinture de Glénard doit être conseillée, surtout s'il y a un certain

degré d'entéroptose. La sangle de Glénard est mieux supportée et aussi efficace que les ceintures à pelotes.

Il faut toujours commencer par l'usage de la sangle dans les cas de rein mobile se manifestant par des douleurs vagues, des accidents neurasténiques. On en obtient des résultats excellents dans la plupart des cas, surtout quand il y a entéroptose accentuée. Il va sans dire qu'une hygiène convenable, que le massage abdominal et général ne devront pas être négligés. Chez beaucoup de ces malades, le traitement lacto-végétarien rend de très grands services, en réduisant au minimum la toxinhémie.

La néphopexie est rarement indiquée chez les malades néphro et entéroptosiques. Il faut pourtant s'y décider, malgré la ptose générale, lorsque les douleurs semblent dépendre de phénomène de rétention rénale par coudure de l'uretère. On évite ainsi les dangers d'hydronéphrose permanente.

(Le concours médical.)

De la myasthenie.

M. Massalongo. (de Vérone). — L'amyathénie ou syndrome myasthénique d'Erb Goldflams Oppenheim cliniquement caractérisée par l'affaiblissement musculaire, est une affection du système nerveux central plus exactement du mésocéphale et de la moelle épinière. Ce trouble, en effet, ne tire pas son origine des muscles ni des nerfs, mais des centres moteurs du bulbe et de la moelle épinière. Ce sont les neurones moteurs de ce segment de l'axe cérébro-spinal qui s'affaiblissent dans leur fonction à la suite de la fatigue musculaire; aussi devrait-il être appelé avec plus de précision neurasthénie motrice.

Le syndrome en question rappelle la poliomyélite ou polioencéphalomyélite commune, et la majorité des auteurs le considèrent comme une variété de cette affection; mais cliniquement et nosographiquement il s'en différencie nettement; il s'en sépare aussi au point de vue anatomique, car les examens histologiques sont jusqu'ici restés négatifs. La myasthénie pseudo-paralytique ou mieux hypokinésie fonctionnelle intermittente, est donc une affection autonome et indépendante de la poliomyélite et de la polioencéphalomyélite; et l'observation de cas où se trouvent réunis les symptômes des deux formes morbides ne suffit pas à modifier mon opinion sur ce sujet. La maladie d'Erb-Goldflam-Oppenheim n'ayant pas de substratum anatomique, doit être classée parmi les névroses et être appelée névrose myasthénique bulbo-spinale. Ce n'est qu'un simple trouble fonctionnel apparaissant chez des sujets morphologiquement prédisposés par le surmenage matériel ou cérébral, par une anomalie des échanges organiques, ou par une intoxication, et dont la source doit être recherchée dans la morphologie spéciale des neurones moteurs, dans leur petitesse et leur

développement incomplet, dans leur faible nombre, dans la forme et la direction des prolongements et des contacts.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Du diabète par anhépatie dans les cirrhoses.

MM. Gilbert et P. Lereboullet montrent que, pour que le diabète par anhépatie se constitue, il faut non seulement qu'il y ait insuffisance hépatique, mais encore que l'appétit soit conservé et que l'alimentation sucrée excède ce que le foie est encore capable de fixer. Il faut en outre que le malade vive pour que les symptômes secondaires au diabète puissent s'établir.

Enfin ce diabète reste communément un petit diabète et on doit pour le constater, faire l'examen fractionné des urines et reconnaître la glycosurie digestive. Or, ces conditions sont rarement simultanément réalisées dans les cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques accompagnées d'insuffisance et ainsi s'explique que le diabète n'y soit qu'exceptionnellement reconnu. Dans les cirrhoses atrophiques alcooliques, il y a bien insuffisance hépatique, mais le malade ne mange pas, et meurt rapidement; de plus, il est au régime lacté, agent curateur du diabète par anhépatie, et qui en outre rend impossible à saisir une glycosurie digestive. Vient-on dans certain cas favorables, où l'alimentation est possible au moins temporairement où l'appétit est conservé, à pratiquer cet examen fractionné et l'on peut constater l'ébauche du diabète par anhépatie. Dans les cirrhoses hypertrophiques il n'y a le plus souvent pas d'insuffisance hépatique. Il est pourtant certains cas de cirrhose hypertrophique alcoolique ou biliaire où l'hyperhépatie fonctionnelle ne se superpose pas à l'hyperhépatie organique. Dans ces cas l'on peut observer si (comme dans les cirrhoses biliaires) le malade est boulimique, s'il vit, si l'on pratique l'examen fractionné, l'existence d'un véritable diabète par anhépatie, qui parfois comme MM. Gilbert et Lereboullet l'ont constaté, est assez notable, et peut s'accompagner de symptômes secondaires et notamment de gingivite expulsive.

Ces cas viennent donc à l'appui de la conception pathogénique du diabète par anhépatie chronique sans lésions du foie, et l'on ne saurait arguer de la rareté du diabète dans les cirrhoses pour nier le rôle de l'insuffisance hépatique.

Cette rareté s'explique aisément par l'absence des conditions nécessaires à la production du diabète. En regard du diabète par anhépatie dans les cirrhoses se place d'ailleurs le diabète par hyperhépatie dans certaines cirrhoses hypertrophiques. MM. Gilbert et Lereboullet l'ont étudié dans les cirrhoses pigmentaires, et ce diabète est facile à distinguer par son rythme et les symptômes associés, du diabète par anhépatie.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

**Relations de nutrition entre le squelette et
les dents ; odontocle ostéocle**

(par M. Ferrier.)

Il existe une relation de nutrition entre les dents et le squelette. Cette relation est démontrée d'une part par le ramollissement dentaire plus ou moins prononcé, coïncidant avec une légèreté spécifique anormale du corps entier, d'autre part par l'intégrité ou la dureté, des dents, coïncidant avec une densité globale nettement supérieure à celle de l'eau. Avec M. le professeur Bouchard, M. Ferrier considère cet état des os, correspondant à l'état des dents qui a été décrit, comme des formes débauchées d'ostéomalacie. Mais il croit qu'elles ne se rencontrent pas seulement chez les tuberculeux, cancéreux, etc.

Il propose pour les dents et les os atteints de ramollissement, deux noms qui rappellent la propriété physique par laquelle on constate l'état des os, de l'ostéocle pour les dents, de l'odontocle.

On fait le diagnostic de l'ostéocle par l'odontocle. Celle-ci se reconnaît : pour les dents cariées, par le nombre des caries, leur mollesse, leur surface inégale et terne, la faible résistance du tissu blanc sous-jacent, par le peu d'intervalle qui a séparé l'altération de l'éruption de la dent, par la carie des incisives et canines inférieures, par la disparition rapide des obturations au ciment; pour celles qui paraissent intactes, par la couleur d'un blanc crayeux ou bleuâtre, d'un gris légèrement jaunâtre, par la persistance de dents de lait à une époque où elle devraient avoir disparu, par l'absence du tartre ou sa diminution récente. La combinaison de quelques uns de ces caractères peut se rencontrer dans une même bouche.

L'odontocle est un état sérieux par lui-même. Lorsqu'il ne s'y surajoute aucune infection, elle peut très bien s'améliorer (rachitisme, ostéomalacie), mais si la tuberculose, la syphilis par exemple évoluent sur un terrain décalcifié, le pronostic peut en être très aggravé.

Des névropathies bénignes s'accompagnent très fréquemment d'ostéocle. Elles diminuent et disparaissent par un traitement chimique convenable.

L'ostéocle se rencontre dans un grand nombre d'états. On lui donne des noms divers, mais le processus dont elle dépend est unique, et de nature chimique en dernière analyse.

(Gaz. hebd. et chir.)

Un cas d'hystérie mâle

(par le Dr. Bienfait.)

On est aujourd'hui bien loin des idées anciennes relatées avec une satisfaction évidente par les auteurs et qui faisaient de l'hystérie tout simplement chez la

femme. On sait maintenant que l'utérus n'a rien de spécial à faire dans cette singulière affection, ce n'est pas lui qui donne la sensation de boule, ce n'est pas lui non plus qui est le *deus ex machina* de cette affection.

Actuellement, à la suite de nombreuses observations cliniques, à la suite d'étude psychologiques et hypnotiques, on est arrivé à comprendre beaucoup mieux cette grande névrose. On s'explique assez bien la genèse de l'anesthésie, de la paralysie, des spasmes et des contractures, des modifications de caractère et des phases de délire généralisé. Nous reviendrons à une autre occasion sur ce sujet qui nous entraînerait trop loin; disons pour le moment que l'hystérie n'est pas simplement l'apanage de la femme, les enfants et les hommes y sont sujets également; ceux-ci, il faut le dire, le sont beaucoup moins.

Charcot, qui l'un des premiers avait reconnu l'existence de cette névrose chez l'homme, l'avait appelée hystérie mâle. Les hommes qui la présentent sont sujet aux mêmes accidents que les femmes; eux aussi peuvent avoir des points hystérogènes "ovarien" bregmatiques et autres; eux aussi ont des attaques convulsives dites d'hystéro-épilepsie; eux aussi ont des paralysies, des anesthésies et d'autres troubles analogues.

D'après une statistique dressée par Briquet, sur 1000 cas d'hystérie, on en a trouvé 50 chez l'homme; d'après une autre statistique, on en a trouvé sur 215 cas, 11 chez l'homme, soit environ 6%; ces chiffres n'ont rien de formel, dans les périodes de calme, bien des cas d'hystérie restent latents; les moments de guerre et de révolution, de mysticisme, en font éclore beaucoup.

Nous avons rencontré dernièrement un cas d'hystérie mâle bien typique. En voici la relation:

C. F., 27 ans, houilleur.

Anamnesticques : Père décédé, était aveugle; — mère vivante âgée de 63 ans, ulcères aux jambes, surdité passagère; pas de frère, deux sœurs bien portantes.

C. F. n'a pas eu de convulsions infantiles, pas d'incontinence d'urine, pas de somnambulisme.

Il a été réformé au service militaire, parce que quand il courait au pas gymnastique, il tombait sans connaissance ce qui nécessitait son transport à l'hôpital. Les médecins le piquaient au bras gauche et à la tête avec des épingles, il ne sentait pas, sauf quand il allait mieux. Il raconte que quand il tombait, il fallait sept hommes pour le maintenir, ce qui indique qu'il avait des crises convulsives. Après les accès, il ne dormait pas, mais il pleurait.

Actuellement, il lui survient par moments des douleurs dans les yeux, il voit "tout noir," se couche pour ne pas tomber, puis se met à pleurer sans savoir pourquoi.

Quand il voit "tout noir," cela est dû à une anes-
thésie sensorielle passagère du nerf optique.

Il ne présente pas de zone hystérogène ; les tes-
ticules, les mamelons, le vertex ne sont pas doulou-
reux.

Il y a dix jours, dit-il, une pierre d'environ un
kilog est tombée d'un mètre de hauteur sur son épaule
droite au niveau du deltoïde, sans intéresser les nerfs
ni les plexus. Il a éprouvé quelque douleur mais il a
continué à travailler en s'efforçant de ne pas mouvoir
cette épaule,

En fixant ainsi son attention sur son mal d'épaule,
il s'exposait, en sa qualité d'hystérique, à se faire de
l'autosuggestion et à provoquer d'autres troubles, c'est
ce qui n'a pas tardé à arriver.

Hier matin, il souleva une marmite de la main
gauche. En se relevant, il perçoit un craquement dans
l'épaule *droite* ; il a éprouvé, dit-il, une vive douleur.
Après quoi il a été pris de mouvements alternatifs
involontaires de flexion et d'extension dans les cinq
doigts de la main droite, semblables à un tremble-
ment très lent (environ un mouvement par seconde).

Je lui trouve la sensibilité tactile diminuée du côté
droit, à la figure et au bras. Comme je lui fermis les
yeux pour examiner la sensibilité, il s'est produit un
phénomène très curieux : il s'est tout à coup endormi
en somnambulisme et a eu un rêve actif ; il marmottait
des paroles que je ne comprenais pas et montrait de la
main un individu imaginaire.

Je le réveille et il retourne chez lui ; le lendemain,
les mouvements de la main avaient beaucoup augmen-
té d'amplitude.

Quelques jours après, sous l'influence d'une mé-
dication (valériane, ventouses) appliquée d'une façon
suggestive, il s'est considéré comme guéri et je ne l'ai
plus revu.

(Gaz. méd. belge.)

Etude graphique du frisson.

d'après G. BOERL.

Les frissons se produisent dans des conditions
multiples, tant physiologiques que pathologiques. Il
y a le frisson du froid, celui de l'émotion, celui de
l'effrayante, celui de la miction, celui de la fièvre,
etc.

Axenfeld et Huchard les ont appelés tremblement
aigus pour les distinguer des tremblements vulgaires
qui relèvent des maladies nerveuses et des intoxications,
et qui sont chroniques, permanentes. La fugacité
du frisson est la raison de la difficulté de son étude ;
ce n'est qu'à force de patience qu'on peut réunir des
graphiques suffisamment nets et suffisamment nom-
breux des frissons à étiologies diverses. M. G. Boerl

a entrepris cette étude et enregistré des graphiques du
frisson du froid, de la peur, de plusieurs infections, etc.
S'appuyant sur les tracés obtenus, il décrit de la façon
suivante les caractères communs à tous les frissons :

1° Les frissons sont des tremblements rapides,
vibratoires. Ils ont une rapidité moyenne de 3 à 12
oscillations par seconde ;

2° Le tremblement du frisson peut être influencé
jusqu'à un certain point par la volonté. Celle-ci réussit
à arrêter un instant le phénomène, surtout si le frisson
est peu intense ;

3° Les frissons ne sont pas intentionnels : tout
mouvement un peu délicat, comme porter à ses lèvres
un verre plein ou introduire une pointe dans un petit
trou interrompt le frisson dans la même mesure que la
volonté peut le faire ;

4° Les variations de l'intensité du frisson portent
sur son amplitude à l'exclusion de la rapidité. Cela
veut dire que lorsqu'on prend un tracé du frisson
chez un individu, on enregistre des séries d'oscilla-
tions pouvant montrer sur le graphique une ampli-
tude jusqu'à 10 fois plus considérable que celle d'autre
séries. Cependant il y aura toujours par seconde sen-
siblement le même nombre des oscillations du fris-
son :

5° Si l'on compare des tracés de frissons obtenus
chez des individus différents, on note de grandes diffé-
rences dans l'amplitude et la rapidité des oscillations
du frisson ;

6° Les tracés montrent quelquefois des oscillations
croissant d'abord en amplitude, pour décroître ensuite ;
c'est alors un graphique présentant une suite de fu-
seaux ; le tremblement parkinsonien donne ce dessin.
D'autres fois, les oscillations maintiennent leur ampli-
tude longtemps constante ;

7° Les frissons ont selon toute probabilité une
origine corticale, ainsi que du reste les autres tremble-
ments. Frissons et tremblements ont un rythme qui
ne peut dépasser une fréquence de 10 ou 12 oscillations
par seconde. Les mouvements volontaires ne peuvent
être plus fréquents. Enfin la période réfractaire de l'é-
corce cérébrale, récemment découverte par Broca et
Richet est évaluée à un dixième de seconde, semble
confirmer la réalité de cette origine.

Tels sont les caractères communs à tout le groupe
des frissons. Il est possible que chacun d'eux puisse
être plus différencié des autres, mais ce n'est pas cer-
tain. Le frisson qui semble donner à peu près constam-
ment la plus grande fréquence d'oscillations est celui
de la peur ; on l'enregistre assez facilement en prenant
des chiens pour sujets : le seul fait de lier ces animaux
sur la table d'expérience les terrifie. Ce frisson d'une
extrême fréquence, désordonné et arhythmique est
d'une grande ressemblance graphique avec le tremble-
ment de la maladie Basedow.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

De l'amputation du médian et de l'annulaire dans le métacarpien.

(par M. Wacogne.)

Pour la main, dit M. Wacogne, la valeur fonctionnelle prime toujours la valeur esthétique. L'amputation dans le métacarpien d'un médian ou d'un annulaire sauvegarde le fonctionnement des autres doigts, avec plus de sûreté que ne le font les opérations comparables. L'écartement des doigts présente tout autant d'amplitude qu'on l'observe dans les faits d'ectrodactylie congénitale. L'extension est complète et souple, puisque rien ne l'enlève ; la flexion est à la fois vigoureuse, délicate.

Il est indiqué de pratiquer l'amputation dans le métacarpien, lorsqu'un traumatisme ou un processus morbide aigu doit déterminer une ankylose, soit en extension, soit en flexion. C'est, en effet, supprimer un doigt sans valeur utilitaire ; c'est en même temps sauvegarder le bon fonctionnement du reste de la main.

L'indication est la même, si l'importance de la perte des parties molles a eu pour conséquence un moignon douloureux ; — ou bien quand l'élimination des tendons palmaires a déterminé la transformation tardive en crochet ; — ou bien encore quand une ostéo-arthrite progressive s'est terminée par une ankylose, soit en extension, soit en demi-flexion ; — ou bien enfin quand un tumeur maligne a envahi tout ou partie de la phalange métacarpienne.

Quand on peut employer un procédé de choix, il convient de faire l'incision dorsale en raquette, de dénuder l'os à la rugine et de sectionner le métacarpien avec la scie à chaîne introduite sous l'os à l'aide de la sonde d'Ollier, ou bien avec la scie de Kusy Gigli, en protégeant les parties molles avec une lame de zinc ou un écarteur à trachéotomie.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Contribution à l'étude des appareils ambulatoires dans les fractures du membre inférieur.

(par M. Brulé)

Le traitement des fractures de jambe par les appareils de marche présente d'incontestables avantages à tous les points de vue, à la condition toutefois qu'il n'y ait pas de contre-indications formelles à leur emploi.

Pour M. Brulé, l'appareil doit être appliqué le plus tôt possible ; le gonflement peut obliger à attendre. De même, dans les fractures compliquées, il faut en retarder l'application.

Un bon appareil de marche doit réunir les conditions suivantes : rigidité, légèreté, simplicité. Les deux appareils qui semblent le mieux répondre à ces desiderata sont celui de Reclus, et celui de Dollinger.

L'appareil de Reclus est plus léger, plus rigide que celui de Dollinger et les malades paraissent, grâce à lui, pouvoir marcher plus vite et plus facilement.

La radiographie peut être d'un grand secours pour s'assurer de la réduction et de la bonne position pendant le traitement.

Les résultats éloignés obtenus avec l'appareil de Reclus sont excellents.

Les contre-indications seront surtout tirées du siège élevé de la fracture, de la difficulté ou de l'impossibilité de maintenir les fragments (fractures très obliques).

(Gaz. hebd. méd. chir.)

L'immobilisation complète de la hanche.

D'après M. le Dr. Calot, de Berck, les gouttières sont manifestement insuffisantes et même les appareils unovivels.

Le seul appareil qui permette d'arriver à une immobilisation très exacte de la hanche est l'appareil plâtré.

Mais, les appareils plâtrés, tels que les font tous les chirurgiens, sont défectueux — ou plutôt ne sont pas assez précis — si bien que dans les maladies où la hanche a grande tendance à se déplacer, elle le peut dans la mesure de un à quelques centimètres.

Cette tendance existe après la réduction de la luxation congénitale de la hanche, après la réduction de la fracture du col fémoral, et surtout dans les formes rebelles de la coxalgie où la jambe, au début, tend à l'allongement, et au contraire au raccourcissement à la fin de la maladie.

Les appareils plâtrés ordinaires sont défectueux surtout par leur partie supérieure.

Si l'immobilisation du fémur est assez facilement réalisée par un appareil embrassant la jambe jusqu'au pied inclusivement, et même par un appareil s'arrêtant à l'interligne du genou, échancré en demi-lune en avant et en arrière, par contre l'os iliaque n'est pas fixé dans ces appareils plâtrés actuels, même lorsqu'on remplace la ouate par un caleçon, même lorsqu'ils sont bien serrés.

On peut même dire que, plus ils seront serrés, plus l'enfant aura une tendance instinctive à déplacer son os iliaque, remontant ou abaissant son épine iliaque, parce qu'il échappera ainsi à la compression de l'appareil étant plus petite que celle de l'os iliaque horizontal ; par conséquent l'enfant se trouvera d'autant plus à son aise dans son appareil il se mettra dans une position plus oblique.

Le seul moyen d'empêcher ces déplacements de l'os iliaque, c'est d'enchaîner les crêtes iliaques des deux côtés dans une gouttière profonde de l'appareil plâtré.

Pour créer ces gouttières, avant que l'appareil plâtré ne soit sec, on embrasse avec les deux mains les

trois quarts postérieurs de la circonférence supérieure de l'appareil ; les pulpes des quatre derniers doigts des deux mains se rejoignent presque en arrière, et, avec les deux bords externes, on exerce une dépression profonde dans le plâtre, juste au-dessus des crêtes iliaques. Un aide creuse de même une dépression profonde devant les bords antérieurs des os iliaques.

Par les gouttières sus-iliaques, les mouvements d'ascension de l'os iliaque sont empêchés ; mais son mouvement de descente aussi, grâce à la présence d'une gouttière au-dessus de la crête iliaque du côté opposé à celui des os iliaques ne pouvant s'élever qu'autant que l'autre s'abaisse.

Les deux gouttières antérieures empêchent les mouvements de flexion de l'os iliaque.

L'appareil se relève d'un doigt au-dessus des gouttières latérales sur les fausses côtes.

Grâce à cet appareil très bien toléré, l'on obtient, dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche, des fractures du col fémoral, et surtout des formes rebelles de la coxalgie, des résultats incomparablement supérieurs à ceux qu'on peut obtenir avec des appareils plâtrés ordinaires.

(Le concours médical.)

Abus des pansements humides et des bains dans les lésions infectieuses des membres.

M. le Dr *Vallas*, a signalé récemment à la Société de Chirurgie de Lyon, les inconvénients qu'amène selon lui, l'abus des pansements humides et des bains dans les lésions infectieuses des membres.

« Certes, dit-il, les séances de balnéation nettoient la région malade et ses environs. Chez les sujets soignés à l'hôpital, qui ont souvent la crainte et l'horreur de l'eau, c'est une bonne précaution à prendre que d'effectuer le nettoyage pour éviter les infections secondaires souvent plus graves que la primitive. Il est bon de remarquer qu'une seule séance suffit à remplir cette indication.

Les bains et les pansements humides ont encore l'avantage de calmer les douleurs. Cet effet sédatif ne peut être nié, mais je ferai remarquer que le cataplasme qui peut fort bien être rendu antiseptique, remplit cette indication aussi bien, sinon mieux, que le pansement humide. La chaleur humide agit mieux en ce sens que l'eau froide.

Désinfection de la région, sédation de la douleur, tels sont donc les avantages de la méthode. Malheureusement, il y a une ombre à ce tableau.

En premier lieu, je reproche aux bains et aux pansements humides de provoquer et d'entretenir des dermatites toujours désagréables, parfois dangereuses.

Combien d'érythèmes, d'eczémas, sont la conséquence de ces bains antiseptiques, répétés tous les jours.

Pour mon compte, j'en ai vu un grand nombre et pas un chirurgien ne me contredira. Je viens même d'observer un cas plus grave. Il y a quelques jours, un malade est entré dans mon service pour une gangrène de la peau du dos de la main. Cette gangrène avait été occasionnée par des bains phéniqués quotidiens auxquels on l'avait soumis pour une plaie infectieuse de la main.

La principale objection que je fais à cette méthode, c'est d'entretenir le médecin dans une fausse sécurité. On croit avoir fait le nécessaire en mettant le malade dans l'eau, et on laisse l'infection gagner les plans profonds et faire des ravages considérables. Un malade présentait une lésion infectée de la seconde phalange du pouce ; il fut soumis aux bains répétés et aux pansements humides. Or, il est entré, avant-hier, dans mon service, et j'ai constaté chez lui : 1° un panaris de la gaine du pouce ; 2° un phlegmon profond des gaines de l'avant-bras ; 3° un panaris de la gaine du petit doigt par retour de l'infection. Ces cas sont fréquents et, si je rappelle ces faits, c'est qu'il ne faudrait pas croire que le bain antiseptique suffit dans ces lésions des doigts. L'incision précoce des abcès collectés est le véritable traitement chirurgical à employer. Il est de vieux préceptes qu'il est parfois bon de rappeler.

M. Condamine, tout en partageant les idées de *M. Vallas* sur les abus des grands bains dans les plaies des doigts, ne croit pas qu'il faille les abandonner pour des interventions hâtives, mais plutôt les combiner avec elles. Les incisions précoces, en effet, ne suffisent pas toujours pour enrayer complètement les infections de la nature de celles dont il vient d'être question. Un fait récent a bien prouvé que, parfois, des incisions aussi précoces que possible et pratiquées à la moindre trace de tuméfaction, n'empêchent pas toujours l'infection de se propager et de s'étendre assez loin du point de départ.

(Le concours médical.)

Le trachome et sa guérison.

Le trachome, comme on le sait, est un processus de néoformation qui se développe sur la muqueuse des paupières, mais auquel prennent part tous les éléments de ces voiles membraneux.

On distingue, d'après *Hamburger*, le trachome initial, qui peut être granuleux ou papillaire, le trachome chronique, et le trachome ancien (catarrhique). Voici d'ailleurs quel est l'aspect clinique de ces différentes variétés.

Au début, le trachome ne réveille souvent aucun phénomène subjectif ; quelquefois même le médecin ne le découvre que d'une manière fortuite, car, à ce stade, les altérations des paupières sont minimes. A l'examen extérieur, on ne relève aucun gonflement des paupières, aucun exsudat entre les cils ; tout au plus, le caroncule est-il un peu tuméfié et rouge ; les bords palpébraux ne sont ni rouges, ni élargis. Par contre la conjonctivite de

la paupière inférieure est injectée, de couleur rouge foncé ; elle est tuméfiée, et revêt l'aspect de la viande crue sur une coupe. A sa surface, on observe soit des grains de même coloration que la muqueuse, soit des hypertrophies analogues à des papilles dont le développement est en rapport avec l'ancienneté du processus. Ces lésions affectent des dispositions linéaires : souvent elles occupent la muqueuse du cartilage tarse ; toujours on les rencontre dans les plis de la conjonctivite.

A la paupière supérieure, les lésions ont le même aspect ; mais elles débutent toujours au niveau du cartilage tarse, dans l'angle interne comme dans l'angle externe, et sur la convexité ; à cet endroit elles affectent encore une disposition linéaire. La muqueuse est rouge tuméfiée, épaissie ; elle est recouverte de nombreux grains d'aspect varié. Entre les lignes déterminées par ces grains, la conjonctivite du tarse est plus ou moins injectée ; mais elle est lisse, brillante et non tuméfiée.

Les plis formés par la conjonctive, quand on éverse les paupières, prennent la forme de bourrelets, sur le sommet desquels les grains apparaissent très denses, de couleur rouge-grisâtre. Dans les culs-de-sac de la conjonctive on trouve un exsudat grisâtre, floconneux mais non constant. Quand la muqueuse est très sensible, ce stade initial peut s'accompagner de phénomènes inflammatoires assez accentués. Mais c'est là une exception, car, le plus souvent, les gens portent cette affection pendant des mois, sans s'en apercevoir ; en pareil cas il n'y a pas d'exsudat conjonctival.

L'évolution de ce processus morbide est plus lente sur les conjonctives peu sensibles, plus rapide sur les conjonctives délicates ; mais finalement, il se généralise à toute la muqueuse du tarse supérieur, et on en arrive au trachome chronique.

L'aspect du trachome chronique varie avec l'ancienneté du processus, et l'intensité des phénomènes accessoires d'inflammation.

On trouve alors les paupières tuméfiées, rouges ; les bords palpébraux également rouges, élargis ; il y a même de l'ectropion, quand l'affection date de quelque temps. Les cils sont agglutinés par un exsudat grisâtre, humide ou sec. La paupière supérieure est un peu allongée, la fente palpébrale diminuée ; dans les deux angles palpébraux, mais en particulier dans l'angle interne, se trouve un exsudat gris jaunâtre. La conjonctive de la paupière inférieure est très tuméfiée, rougeâtre, déchiquetée dans sa partie tarsienne, elle a un aspect général velouté. Quand l'épaississement est plus marqué, il semblerait qu'on ait sous les yeux de la peluche, où même des séries des cônes. Les plis de la conjonctive ont l'aspect d'arcades, entre lesquelles et sur le sommet desquelles se trouvent de nombreux grains, rouge grisâtre, ronds ou ovales, ressemblent à du frai de grenouilles.

La paupière supérieure présente les mêmes phénomènes pathologiques ; mais au niveau des cartilages tarses, on croit voir une série de caroncules. Quand l'affection est un peu ancienne, le cartilage palpébral est plus ou moins ramolli. Dans les culs-de-sac conjonctivaux, l'exsudat est floconneux, gris blanchâtre, ou crémeux.

Le processus morbide met très longtemps à envahir la conjonctive bulbaire, où l'on trouve alors de nombreux petits grains microscopiques, ayant souvent les dimensions d'une tête d'épingle ; cette partie de la conjonctive est fortement injectée, plus ou moins chémotique. Finalement, la cornée se trouve envahie, et l'on a du pannus. Plus tard, le bord palpébral lui-même s'épaissit et il peut même se développer de la plépharite ciliaire.

A la longue, le tissu de néoformation du trachome se transforme en tissu de cicatrice, qui se développe tout d'abord aux endroits où l'inflammation est la plus accusée, c'est-à-dire sur les lignes granuleuses, qui deviennent des lignes cicatricielles sur le tarse. Bientôt tout le tissu inflammatoire a disparu dans la région tarsienne, qui prend un aspect nacré de cicatrice, il en advient de même des plis de la conjonctive. Enfin le tissu cicatriciel se rétracte, la paupière se raccourci, les culs-de-sac disparaissent, l'ectropion se produit. A ce moment, la trachome n'est plus contagieux ; le processus morbide a terminé son évolution, sans parler, naturellement, des complications possibles, pannus, etc.

Hamburger a eu l'occasion de traiter environ 500 cas de trachomes. Après avoir expérimenté tous les procédés thérapeutiques, anciens ou nouveaux, médicamenteux, opératoires ou mécaniques, il en est revenu à préconiser la méthode des frictions et du sublimé.

Il fit confectionner des tampons avec de la laine de bois, les laissa tremper dans une solution de sublimé à 1/1600, puis à 1/800. Il frottait avec ceux-ci la conjonctive et ses replis, jusqu'à ce que la surface devint saignante ; il commençait par la solution faible puis employait la solution forte. On continuait les frictions jusqu'à disparition de toute granulation. Auparavant on insillait de la cocaïne à 3 p. 100. Les tampons étaient assez rugueux pour obtenir une surface saignante à la première friction. L'action de ce traitement est à la fois opératoire et médicamenteuse.

Les frictions ne sont pratiquées que tous les huit ou dix jours ; si on note de la blépharite, on emploie la pommade jaune ; s'il y a des phlyctènes, on met du calomel.

Dans le trachome initial, il suffit d'une ou deux frictions ; dans le trachome ancien il en faut de huit à dix et on n'obtient plus la restitution *ad integrum* ; il persiste quelques flocs de tissu cicatriciel.

Les malades supportent très bien le traitement ; ils n'éprouvent plus la sensation de corps étranger après la friction.

Ce traitement est encore supérieur aux autres, car

il n'est douloureux qu'au moment de son application. Le trachome initial se guérit complètement, et récidive rarement. Dans le trachome chronique le tissu de cicatrice se forme rapidement, et le processus ne progresse pas. Pris au début, le trachome demande un traitement de dix jours ; quand il est chronique, il faut 14 jours.

(Le concours méd.)

A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du périnée? Avantages de la périnéorrhaphie immédiate secondaire.

par M. le docteur LEOPOLD CAPDEVIELLE.

La réparation immédiate des déchirures incomplètes du périnée causées par l'accouchement n'est plus en discussion aujourd'hui. Elle est acceptée par la généralité des accoucheurs, malgré qu'il ne s'agisse que de traumatismes souvent de peu d'importance. L'utilité de supprimer toute surface cruentée susceptible d'infection et de restaurer plastiquement la région vulvo-périnéale a suffi pour décider de la pratique à suivre en pareil cas.

Lorsqu'il s'agit de traumatismes autrement graves, c'est-à-dire de ruptures complètes du périnée avec participation plus ou moins étendue de la cloison recto-vaginale, les indications de la restauration immédiate sont autrement puissantes. La majorité des chirurgiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître qu'il n'y a aucun profit à attendre le délai considérable de six mois et au delà pour exécuter l'opération réparatrice et qu'il y a tout avantage à ne la point différer.

La périnéorrhaphie immédiate est, dans ce cas, le procédé de choix.

Il existe cependant un certain nombre de considérations qui peuvent déterminer l'adoption d'un délai.

Ce sont :

1° L'infection antérieure dûment constatée des voies génitales-

2° Le mauvais état des tissus divisés; infiltration œdème, thrombus.

3° L'état général défectueux de l'accouchée: albuminurie, hémorrhagie grave.

Lorsque la réunion immédiate est tentée dans de telles conditions, elle échoue parfois, malgré toutes les précautions prises.

La périnéorrhaphie immédiate peut échouer en outre pour d'autres raisons dépendant d'incidents postérieurs à l'opération :

1° Infection génitale constatée dans le cours de la première semaine qui suit l'accouchement ; infection utérine et infection secondaire du périnée. Manœuvres effectuées pour assurer la désinfection de l'utérus ; in-

jections intra-utérines, introduction de sondes, application de valves, etc.

2° Infection vésicale et altération ammoniacale de l'urine, antérieure à l'accouchement ou consécutive à des cathétérismes répétés.

3° Technique défectueuse dans l'affrontement des parties et le placement des sutures ; surtout quand il existe une rupture de la cloison recto-vaginale. Il en résulte la filtration des gaz et des liquides intestinaux et par suite la désunion.

4° L'échec de la périnéorrhaphie immédiate peut encore tenir à une hygiène post opératoire défectueuse (constipation prolongée) et la désunion est alors la conséquence de l'expulsion de blocs durs et volumineux de matières fécales.

Elle peut tenir enfin à des causes diverses telles que : aseptie post-opératoire insuffisante, mouvements désordonnés de la malade, surtout si le retrait des fils a été opéré avant une consolidation suffisante de la cicatrice.

Dans ces deux conditions, que la périnéorrhaphie immédiate ait été différée par mesure de prudence ou bien que la réunion ait échoué pour l'un quelconque des motifs qui précèdent, il n'y aura aucun intérêt à retarder une nouvelle tentative au delà du moment précis où des conditions tout à fait favorables se trouveront réalisées, c'est-à-dire : disparition des phénomènes infectieux, amélioration de l'état général, etc.

Il y a au contraire un avantage réel à profiter de ce que les phénomènes d'involution n'étant pas achevés dans les tissus dépendant de la zone génitale, ceux-ci conservent une vitalité et une vascularité de beaucoup supérieures à celles qu'ils présenteront plus tard après la cicatrisation isolée des surfaces cruentées. Ils conservent en outre une souplesse et une laxité très favorables à l'opération.

La technique opératoire est des plus simples et l'on constitue, en agissant de la sorte, un périnée dont le fonctionnement est assuré, sans crainte de récurrence de rupture à un accouchement ultérieur.

La périnéorrhaphie tardive est une opération de nécessité. La périnéorrhaphie tardive suppose que le chirurgien n'est appelé que longtemps après le traumatisme ; l'excuse du retard est toute entière dans ce fait,

Comme opération, elle est parfois d'une réelle difficulté à cause de la pauvreté des tissus et des traces cicatricielles profondes, qui déforment la région. Elle a échoué souvent autrefois entre des mains habiles. Elle a eu cet avantage de pousser à la recherche de l'amélioration technique dans le manuel opératoire.

Ces perfectionnements sont, pour la plupart, applicables à la périnéorrhaphie immédiate et à la périnéorrhaphie secondaire.

Grâce à eux, la périnéorrhaphie secondaire est

constamment suivie de succès. Son principal mérite est de remédier presque immédiatement à l'incontinence rectale, d'apporter un obstacle aux troubles statiques des organes génitaux, et, tout en laissant leur résistance physiologique aux tissus, de leur conserver suffisamment de souplesse pour qu'à un accouchement ultérieur une nouvelle rupture du périnée soit aisément évitée.

(Gaz. des hop.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Du mode d'action de l'ovarine et de son emploi dans le rhumatisme chronique déformant.

(par M. Dalché)

Avec la collaboration de M. Lépinos, j'ai cherché à fixer le mode d'action de l'ovarine et les modifications subies par l'organisme dans les cas où son emploi a été suivi de succès. Pour cela, j'ai administré à 6 malades pendant des laps de temps différents et à plusieurs reprises, 6 capsules par jour, d'extrait d'ovaire soit 10 centigrammes de principes actifs secs ou l'équivalent de deux ovaires de brebis. J'ai constaté d'une façon très nette de la polyurie, un accroissement marqué de l'acide phosphorique total, de l'urée, du nombre de globules rouges et dans la moitié des cas le relèvement de la nutrition générale; aussi peut-on, à mon avis, classer l'ovarine parmi les médicaments oxydants. Au point de vue pratique, je crois qu'il faut l'employer longtemps et à petites doses.

D'autre part sachant que Charcot et Bédère ont signalé les troubles de la menstruation et de la ménopause comme point de départ du rhumatisme chronique déformant, j'ai pensé qu'il n'y avait pas lieu de limiter l'emploi de l'ovarine aux seuls cas de dystrophie ovarienne et je l'ai expérimenté chez plusieurs malades atteints de rhumatisme chronique déformant à début récent. Deux d'entre elles ont accusé immédiatement une diminution notable de douleurs, et j'ai pu constater l'arrêt des déformations osseuses, d'autant plus rapide et plus complet que la date de la ménopause était plus rapprochée de la première poussée de rhumatisme. Enfin, chez un jeune homme j'ai, par le même traitement, obtenu d'excellents résultats. L'identité élémentaire dans les produits ovariens et testiculaires: la spermine. Je me garderai néanmoins de poser des conclusions formelles au sujet du mode d'action et de la valeur de l'ovarine dans le traitement du rhumatisme déformant.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

La médication arsenicale.

(Dr E. MONIN.)

Employé en Occident depuis Plin et Dioscoride, et dans la médecine chinoise de temps immémorial, l'arsenic est considéré aujourd'hui comme l'un des meilleurs agents de la nutrition cellulaire. Fractionné aux plus petites doses, c'est un antiputride, un éliminateur de l'urée, un conservateur des échlorures; il stimule l'appétit, suractive la digestion, perfectionne les hématies, assure l'eutrophie et facilite l'embonpoint. Les granules Charles Chanteaud (acide arsénieux, arséniate d'antimoine, de caféine, de fer, de quinine, de soude, et les granules de strychnine et cacodylate de quinine) représentent, dans ses variantes les plus essentielles, la gamme arsénicothérapeutique.

Préférablement aux solutions (d'une conservation parfois malaisée) les granules représentent la préparation commode et fidèle, agréable et énergique. Stokvis n'a-t-il pas prouvé que la résorption du métalloïde se fait beaucoup plus lentement sous cette forme solide? L'acide arsénieux solide se transforme, dit-il, plus facilement en acide arsénique, dont la toxicité est moindre et la combinaison plus sûre aux substances organiques et au soufre. Ce qui est certain, c'est que l'intoxication est bien plus fréquente avec les solutions qu'avec les granules et la tolérance bien moindre,

Couramment, on donne 1 à 5 milligr. d'acide arsénieux par jour, 2 à 10 d'arséniate de soude, sous forme de granules Charles Chanteaud. Il ne faut dépasser que prudemment ces doses et toujours tâter la susceptibilité individuelle. On soupçonne la saturation si le sujet accuse des rêves et cauchemars, nausées et crampes d'estomac, une toux sèche pharyngée, des fourmillements et engourdissements des membres, une légère diarrhée, des éruptions eczématiformes, de la conjonctivite. Le plus sûr est, alors, de cesser brusquement la médication pour la reprendre dix à quinze jours après. De cette manière, la toxémie arsenicale est rare, ainsi qu'en témoignent l'accoutumance des arsénicophages styriens et la pratique outrancière de certains dermatologistes distingués.

Est-ce que en déplaçant le phosphore dans les nucléines des leucocytes, ainsi que le veut Besredka, s'opèrent le processus proliférateur des hématies et l'élévation du coefficient azoturique? Quoi qu'il en soit, la traduction objective de l'accroissement nutritif global se révèle par un aspect plus vigoureux, un teint rose et avenant, un système pileux plus prospère, une plus grande résistance à la fatigue, avec appétit du mouvement, respiration plus ample, réveil de l'estomac, voix plus claire et mieux timbrée sensation de bien-être et de joyeuse euphorie, qui n'est que l'engageant reflet d'une hématoxynergie. Bref, on constate un littéral rajeunissement, par accélération des échanges et reproduction des globules polynucléaires

qui nous débarrassent des bactéries au moyen de la phagocytose, aujourd'hui peu constatée. La régénération des tissus, sous l'action arsénicale, s'explique par la néoformation des globules lymphoïdes, générateurs de ces *protamines* (Kossel) qui semblent les premiers termes constitutifs des éléments azotés organiques : de là, cette action *reproductrice* fondamentale, reconnue à l'arsenic par la pluralité des cliniciens observateurs.

Un coup d'œil, maintenant, sur les indications primordiales des arsénicaux.

Dans les *anémies*, les granules Charles Chanteaud d'arséniate de fer et d'arséniate de quinine sont les préparations de choix. Toujours très bien tolérés, aux doses moyennes de 6 à 10 par jour chacune, ils achèvent la rénovation globulaire, même dans les formes morbides pernicieuses liées aux plus profondes altérations du sang. Dans le chloro-brightisme, ils poussent à la rétrocession complète de l'albuminurie, parce qu'elles augmentent le taux hématoblastique et régularisent la circulation, en augmentant la capacité oxydante des globules. Cette action reconstituante s'étend aux troubles de la menstruation, aux vices de développement du squelette, à l'amyosthénie, à l'adénie, aux cachexies diverses, aux convalescences des maladies infectieuses.

Les affections *respiratoires* sont essentiellement tributaires de la médication arsénicale. L'arséniate d'antimoine (3 à 6 granules le matin dans du lait) m'a surtout rendu des services, dans le traitement de l'asthme nerveux ou arthritique, des gripes et broncho-pneumonies rebelles. Il diminue la *dyspnée*, à la faveur probable d'une action sur les centres nerveux respiratoires, combat la dyspepsie atonique des asthmatiques et possède enfin une action antibacillaire certaine. Quand la circulation est déprimée et que l'on constate de la dilatation cardiaque, de cause emphysémateuse, il faut substituer à l'arséniate d'antimoine les granules alternés d'arséniate de caféine et d'iodoforme (un de chaque toutes les deux heures).

L'acide arsénieux convient aux bacillooses peu avancées, comme releveur des forces et modérateur de la dénutrition. Son triomphe éclate surtout dans les formes torpides de la phthisie dans les dyscrasies sans grandes lésions : dans la granulie aiguë, dans la consommation confirmée, il n'est pas prudent d'y compter beaucoup. On aura soin de ne point négliger, d'ailleurs, les autres agents antiphthisiques : air pur, viande crue, suralimentation phosphorée, sédatifs de la toux, hygiène spéciale et classique.

L'arséniate de strychnine et l'acide arsénieux (en granules Charles Chanteaud), sont très employés dans la chorée, le myxœdème, la sclérodémie, les maladies de Basedow et de Parkinson : chez les épileptiques, on diminue l'excitabilité bulbaire et l'on facilite la tolérance bromurée, par le moyen de l'acide arsénieux. Tous les arsénicaux possèdent, du reste, une action *dynamogénante* sur le système nerveux : ils augmentent la réserve vitale, dégagent les ressources de l'énergie nerveuse, éloignent

la dépression et le déséquilibre chez les neurasthéniques. La localisation du métalloïde dans le tissu nerveux explique sa puissance dans ce sens particulier.

Dans le diabète intense, l'arséniate de soude est, par excellence, le modérateur de la glycosurie : son action à longue portée a fréquemment raison de l'aberration nutritive. On sait que chez un animal arséniqué, la piqûre du plancher du quatrième ventricule ne produit plus la glycosurie de Claude Bernard ; l'expérience est éloquente.

Dans le *paludisme*, il faut recourir aux granules Charles Chanteaud d'arséniate de quinine (6 à 10 par jour) et de cacodylate de quinine à un centigr. (4 à 8), qui augmentent remarquablement la capacité et la résistance des hématies, quand il y a *leucémie* splénique. Pour débarrasser l'organisme des toxines et des plasmodies et éloigner les manifestations pyrétiques en triomphant de la splénomégalie, l'usage combiné du cacodylate de quinine, de l'iodoforme et l'arséniate de strychnine est souvent indispensable au praticien.

Pour la cure des *dermatoses* et la lutte contre l'*herpétisme* constitutionnel, on emploie, d'ordinaire, l'arséniate de soude, si remarquable dans le psoriasis, le lichen, l'eczéma sec, le lupus érythémateux et même les brûlures graves. J'ai, depuis bien des années, prescrit aussi, avec le plus grand succès, l'arséniate d'antimoine contre la furonculose rebelle et l'ecthyma à répétition : j'ai, dernièrement, enfin obtenu, par le moyen des granules d'arséniate d'antimoine Charles Chanteaud (10 par jour) la guérison complète d'un cas invétéré de syphilodermie qui avait résisté à tous les traitements iodo-hydrargyriques.

(La Dosimétrie.)

Traitement local de la glossite tertiaire par le sublime

M. le Dr Pilon a consacré sa thèse à l'étude du traitement de la glossite tertiaire. D'après ses recherches, le sublime en pastilles de un demi-milligramme a une action thérapeutique très efficace sur les lésions tertiaires de la langue ; il agit à la fois par son pouvoir antisyphilitique et par ses propriétés antiseptiques.

Ce mode de traitement possède l'avantage de combiner l'action locale à l'action général et d'éviter ainsi les inconvénients des médications intensives.

La dose de un centigramme de sublimé par 24 heures et fractionnée en vingt parties, est suffisante ou ne produit ainsi aucune irritation de la muqueuse buccale.

Toutefois, lorsque les dents sont en mauvais état, il est prudent de diminuer la dose.

Les dents doivent être fréquemment nettoyées en dehors, et en dedans, de préférence avec un savon dentifrice, afin d'éviter tout noircissement possible.

Par cette méthode, on sait d'une manière précise la

dose du composé mercuriel absorbé par la malade, ce qui n'a pas lieu par la méthode pilulaire ou la méthode des frictions.

Les doses fractionnées augmentent l'efficacité de la médication buccale.

L'action irritante locale sur le tube digestif est réduite à son minimum.

Ce traitement n'expose pas aux inconvénients du traitement par les injections de calomel : douleur stomacale, etc. Il ne nécessite pas, comme les injections de sel soluble, les visites répétées du médecin.

Dans la glossite gommeuse, l'iode de potassium, dont l'action sur les gommages est si remarquable, sera un adjuvant précieux.

On aura recours aux injections de calomel ou d'huile bilodurée, si la médication locale par le sublimé échoue.

(Le concours médical.)

MALADIES VENERIENNES

Prophylaxie de l'infection blennorrhagique dans le mariage

Voici comment M. J. Kifs comprend la prophylaxie de la blennorrhagie dans le mariage. (*Deutsche Med. Zeit.*)

Quand un sujet, candidat au mariage, et qui a eu la gonorrhée, se présente au médecin, peu avant la date des noces, pour être rassuré, il ne faut pas employer tout le temps à la recherche des gonocoques, et au contrôle par les moyens irritants, mais se conduire d'après ce qui suit : si le premier examen révèle des gonocoques, retarder de six à huit semaines la réponse au sujet du consentement.

Si deux à trois examens sont restés parfaitement stériles au point de vue des gonocoques, et si pourtant on a quelque raison de supposer qu'il en reste encore, — suspicion légitime par l'anamnèse, la purulence de la sécrétion et les statistiques touchant la contagiosité de la gonorrhée chronique — on devra instituer un traitement contre les risques de contagion : lavages quotidiens de tout l'urèthre pratiqués par le médecin lui-même et combinés avec des injections urétrales faites plusieurs fois par jour par le malade, traitement qui sera continué jusqu'au moment du mariage. Si le cas est très suspect, prolonger le traitement même pendant les premiers temps du mariage. L'auteur est convaincu que la gonorrhée, sous l'influence d'un traitement même court, peut perdre sa contagiosité, qu'en tout cas, on réduit beaucoup le risque de contamination. Quand il y a nécessité, d'autres précautions, bien que fort ennuyeuses, s'imposent : c'est pour le mari, indépendamment du traitement antigonorrhéique, l'usage d'un

condom, et, pour la femme, l'emploi des lavages vulvaires avec le permanganate de potasse.

(Le concours médical.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Compte-rendu analytique de la séance du 7 Janvier, 1902.

Présidence du docteur L. A. DEMERS.

L'hygiène dans les salons de coiffure.

M. Dubé démontre à la Société médicale l'urgence qu'il y a de forcer les barbiers à observer les lois de l'hygiène dans les salons de coiffure.

Depuis 1899 les barbiers coiffeurs de la province de Québec sont groupés en association connue sous le nom d' "Association des barbiers," avec une charte du gouvernement, des lois et des règlements auxquels tous les barbiers sont obligés de se soumettre. Chaque nouveau membre, avant d'obtenir le droit d'ouvrir une boutique de barbier, est obligé de subir un examen devant le médecin de la société et de prouver qu'il possède assez de connaissance d'hygiène pour savoir désinfecter ses instruments et surtout reconnaître les principales maladies de la peau et du cuir chevelu. M. Dubé donne au complet ces règlements qui sont certainement très sages. La teigne tonsurans, les tricophyties, et même la syphilis sont des maladies que le barbier peut transmettre d'un client à l'autre. Les travaux de Lancereaux, de Vallin et Sabouraud l'ont prouvé suffisamment. Sabouraud dit même que l'alopécie est contagieuse et il croit que si l'hygiène était mieux observée dans les salons de coiffure ou que si, à l'exemple des femmes, les hommes se faisaient coiffer chez eux avec leurs propres peignes, brosses etc., qu'il n'y aurait pas plus de chauves chez les hommes que chez les femmes.

Le peigne, les ciseaux, la brosse, la tondeuse, le blaireau et le rasoir sont les principaux agents de contagion. Il est donc de la plus grande importance de savoir les nettoyer et les désinfecter.

M. Dubé donne lecture d'une lettre circulaire de notre bureau provincial d'hygiène et cite une partie d'un travail de M. le docteur Vallin de Paris, sur l'hygiène dans les salons de coiffure.

Voici d'après ces autorités les meilleurs procédés de stérilisation pour tous les ustensiles en usage chez les barbiers.

Pour les instruments tranchants, tels que ciseaux, rasoirs, tondeuses, il faut les faire bouillir pendant dix minutes dans de l'eau savonneuse ; il faut traiter les peignes (qui doivent être métalliques) de la même façon. L'eau savonneuse préserve les instruments de la rouille.

Les brosses seront désinfectées par les vapeurs de formol. Il faut pour cela les placer sur les tablettes grillagées d'un petit bahut à fermeture hermétique, en

ayant dans le bas un vaisseau contenant de la formaline de commerce. Pour une bonne désinfection il faut exposer les brosses pendant deux heures aux vapeurs de formol.

Chaque jour les brosses seront dégraissées au moyen de poudre tel que : son, terre de pipe etc.

Le blaireau sera toujours trempé dans de l'eau bouillante avant de s'en servir.

Il est important d'employer des serviettes nouvelles pour chaque nouveau client.

Il faut enlever les cheveux qui tombent sur le parquet, au moyen du balai mécanique. Vallin croit qu'il faut à tout prix insister pour que les barbiers se lavent bien les mains chaque fois qu'ils passent d'un client à un autre.

Voilà autant de sages mesures qu'il serait facile de mettre en pratique dans notre province, parce que le gouvernement a déjà sanctionné une loi autorisant l'Association des barbiers à forcer ses membres à suivre les règlements hygiéniques qu'elle comporte sous peine d'exclusion.

M. Dubé fait un appel à la sagesse de nos députés à Québec, et il espère qu'ils sauront concilier les intérêts des barbiers mécontents qui veulent le rappel de cette loi, avec ceux de la majorité d'entre eux qui désirent la voir appliquer le plus tôt possible.

La vaccination est-elle sans danger?

M. Lecavelier dit qu'il ne s'agit pas ici de considérer les inflammations locales dues à un manuel opératoire septique, ou les infections généralisées résultant de semence bacillaire jetée sur la plaie ; il est bien entendu que l'antisepsie doit écarter tous ces dangers. Mais l'introduction dans l'économie du virus vaccin de la race bovine, qui cultive si bien le bacille de Koch, est-elle dépourvu de tout danger ? Telle est la question !

Une vaccination parfaite ne produit pas toujours la même réaction chez tous les sujets et le virus n'est pas semé sans danger immédiat ou éloigné sur un terrain scrofuleux, herpétique, tuberculeux, brightique, diabétique ou phosphaturique.

M. Lecavelier cite l'opinion de Pilliet et Barbey : "Nous ne regardons nullement la vaccine comme une cause de tuberculose; nous constatons seulement que les enfants vaccinés meurent plus souvent tuberculeux que non tuberculeux et que le contraire a lieu pour les enfants non vaccinés. Nous croyons que la vaccine favorise le prédisposition aux tubercules. Sur 208 enfants qui ont été vaccinés, il en est 138 qui sont morts tuberculeux et 70 non tuberculeux. Au contraire, sur 95 enfants qui sont morts sans avoir été vaccinés, il n'y en avait que 30 seulement qui étaient tuberculeux et 65 qui ne l'étaient pas."

Le conférencier conclut que tous les tempéraments ne sont pas égaux devant le même virus ; que la vaccine n'est pas sans danger chez les scrofuleux, les herpétiques,

les tuberculeux et les brightiques ; que la dose minimum de lymphé doit être inoculée à ces sujets ; qu'ils doivent être considérés comme malades durant toute la durée de l'incubation du virus ; qu'un régime hygiéno-diététique doit être donné dès le moment de l'opération ; que la révaccination est contre-indiquée si l'état de santé du sujet est débile ; enfin que par la mise en pratique de ces quelques suggestions jointe aux soins à prendre pour l'inoculation d'une vaccine fraîche et pure, on évitera de créer une nouvelle diathèse morbide ainsi que les complications multiples observées actuellement qui jettent un grand discrédit sur la vaccination.

Le rein mobile au congrès français d'urologie

M. St.-Jacques étant absent, M. Jean Décarv, secrétaire de la Société Médicale, lut ce travail.

Après cette lecture M. le Président présenta à la Société, M. Monneau, un jeune chirurgien français qui est au milieu de nous depuis quelques mois. Ce dernier remercia ses collègues canadiens de l'accueil sympathique qu'ils lui ont fait,

RHEAUME.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU PRURIT SURVENANT CHEZ LES FEMMES A

LA MENOPAUSE.

(W. Shoemaker.)

Oxyde zinc.....	0 gr. 3
Quinine.....	2 gr. 5
Extrait d'aloès.....	1 gr. 3
Suc de réglisse.....	Q. S.

Pour faire pilules No 20 (chaque pilule contient 0 gr. 015 d'oxyde de zinc). A prendre, par une pilule, 3 fois par jour.

En même temps les parties prurigineuses seront lavées à l'eau phéniquée faible, additionnée de menthol ou d'alcool aromatique.

(Nouv. rem.)

MIXTURE CONTRE LES GERÇURES.

Acide tannique.....	0 gr. 50
Glycérine à 30°.....	20 gr. 3
Hydrolat de rose.....	100 gr.

Faites dissoudre. On frotte les mains, matin et soir, avec quelques gouttes de cette solution pour assouplir la peau et faire disparaître les gerçures. Cette mixture réussit également contre les gerçures des lèvres.

(Ibid.)

Travaux Originaux

UN CAS D'HYDROSALPINX.

par M. le Dr François de MARTIGNY.

Assistant chirurgien de l'hôpital Péan, à Paris.

Je viens vous rapporter un cas d'hydrosalpinx guéri par la dilatation légère du col et les injections intra-utérines associées aux grandes douches vaginales chaudes et au repos au lit.

Cette affection est relativement commune et les gynécologistes semblent complètement divisés quant au traitement. Les uns nient à la dilatation et aux injections intra-utérines un effet curatif quelconque et proposent d'emblée l'ablation de la poche. De ce nombre est Pozzi. Il prend une position très nette ; il estime que les cas rapportés comme des guérisons sont des erreurs de diagnostic. Dennis dans son "System of surgery" est catégorique. Il conseille la laparotomie et l'ablation. Dans un petit nombre de cas il croit que l'on pourrait faire l'aspiration du liquide et laisser au "vis medicatrix naturæ" le soin de compléter la guérison. Il semble ignorer complètement le traitement médical.

Les autres admettent que l'on peut obtenir des guérisons par la dilatation, le curettage et les injections intra-utérines.

Legueu partage cette dernière opinion, mais conseille avant de curetter de pousser très loin la dilatation du col avec des laminaires. Il attache presque autant d'importance au drainage de la cavité utérine par des mèches de gaz, qu'au curettage et aux injections intra-utérines. Segond est d'opinion que le curettage et la dilatation suffisent. Bouilly, LeDentu, Doleiris sont de ce dernier avis. Dans le cas qui fait le sujet de cette communication des dilatations légères (je n'ai jamais dépassé le numéro 32 Hegar) et répétées suivies d'injections intra-utérines ont suffi pour amener une guérison qui se maintient encore aujourd'hui.

Madame I. D. âgée de 31 ans.

L'histoire de la famille n'offre rien d'intéressant.

Elle-même à toujours été d'une santé délicate.

Réglée à 13 1/2 d'une façon tout à fait irrégulière.

Les règles douloureuses le premier jour, abondantes avec caillots, durent cinq à six jours. Depuis l'âge de 15 ans leucorrhée.

Mariée à 19 ans. Après le mariage règles toujours

irrégulières mais indolores.

En 89, deux mois après son mariage, fausse couche de six semaines. En 90, au mois de janvier, nouvelle fausse couche de deux mois, En 91, au mois de février, un accouchement à terme suivi d'une infection puerpérale; après laquelle il existe pendant longtemps une leucorrhée abondante.

En 93, troisième fausse couche de six semaines.

En 94, au mois de mai, deuxième accouchement à terme, suivi d'une cystite rebelle.

En 95, fausse couche de trois mois, hémorragie abondante, frissons répétés suivis de transpiration. Pendant quatre mois la malade souffre d'une métrite hémorragique ??? qui cède aux grandes injections chaudes et laisse à sa place un écoulement purulent abondant, pendant un an.

En 96, curettage. La malade se relève difficilement de cette petite intervention et à cause de sa grande faiblesse doit garder le lit pendant deux mois. C'est quelques mois après ce curettage qu'elle commence à se plaindre de douleurs dans les lombes et dans le bas ventre, de troubles dyspeptiques qui cèdent plus ou moins au traitement médical.

À l'automne 1900 ses troubles digestifs augmentent et ses douleurs du bas ventre étant plus vives, elle se décide à consulter un chirurgien. Il diagnostique un rein mobile à droite et le fixe en janvier 1901. Les douleurs dans le bas ventre semblent augmenter à la suite de l'intervention et on lui conseille de se soumettre à une laparotomie.

Elle vint me trouver en juin 1901 me demandant de l'opérer. A cette époque la malade se plaignait de douleurs vives au bas ventre ; douleurs qui étaient exagérées par le mouvement et ne disparaissaient pas complètement par le repos au lit, de pertes blanchâtres abondantes et d'une grande faiblesse générale.

À l'examen je trouve un ventre pas augmenté de volume, mou, indolore à la pression à droite, douloureux à gauche. Le rein droit est bien fixé, pas augmenté de volume, indolore.

Au toucher vaginal on sent un col déchiqueté, un utérus de grosseur normale, douloureux au toucher, mobile, en légère latéroversion droite. Les annexes sont saines, les gauches très douloureuses.

Par la palpation bi-manuelle on découvre dans le cul-de-sac latéral gauche et envahissant la partie supérieure gauche du cul-de-sac de Douglas, une tumeur lisse, mobile, renitente, allongée, à peu près grosse

comme un œuf de poule et complètement indépendante de l'utérus.

Me basant sur l'histoire de la malade et sur les douleurs plutôt atténuées je porte le diagnostic d'hydrosalpinx probablement dernier vestige d'un ancien pyosalpinx et je conseille avant l'intervention chirurgicale le traitement médical, c'est-à-dire: dilatation du col, injections intra-utérines, grandes douches vaginales chaudes bi-quotidiennes, grands lavements chauds quotidien repos presque absolu au lit. Comme la malade est faible je fais trois fois par semaine, pendant quatre semaines, une injection hypodermique de 100 grammes de sérum artificiel. Je commence le traitement de suite. Au sixième lavage je constate que la tumeur est diminuée de moitié. Je suis forcé de suspendre le traitement par l'apparition des règles, qui durent huit jours, sont abondantes et douloureuses.

Huit jours après la cessation du flot menstruel je recommence le traitement. Je donne encore dix injections et je constate alors que la tumeur est disparue et que les annexes gauches ne sont presque plus douloureuses.

Durant toute la période du traitement, il ne s'est jamais écoulé par le museau de tanche aucun liquide purulent. Le liquide qui s'est écoulé et qui était très abondant après les premières séances était séreux, filant, couleur de blanc d'œuf,

J'ai revue la semaine dernière ma malade. Les annexes droites sont saines, les gauches encore douloureuses au toucher, mais pas augmentées de volume et mobiles. Les règles sont toujours irrégulières et indolores. La leucorrhée est diminuée. La malade continue à prendre chaque jour une douche vaginale chaude.

Il nous a été donné, l'année dernière, dans notre service de l'hôpital Péan de Paris, à mon ami LeFur et à moi de traiter et de guérir par le même traitement trois cas d'hydrosalpinx simples et pourtant nous nous trouvions placés de par la volonté de nos malades dans des conditions défavorables. Elles avaient refusé d'être hospitalisées et venaient trois fois la semaine au dispensaire.

Les faits que je viens de rapporter me paraissent autoriser la conclusion suivante: En présence d'un cas d'hydrosalpinx probable on devra, avant de proposer l'intervention chirurgicale essayer d'abord le traitement médical, pendant quelque temps. Si on ne constate pas d'amélioration ou si les symptômes s'ag-

gravent on sera alors pleinement autorisé à proposer l'intervention chirurgicale, toujours bénignes dans les cas ordinaires.

Revue des journaux

MEDECINE

La levure de bière dans le traitement de l'érysipèle et des eczemas humides.

M. Dessaux (de Tôtes) emploie systématiquement en présence d'un érysipèle le traitement suivant: purgation énergique et trois cuillerées à café de levure de bière par jour. Chaque cuillerée délayée dans un verre de cidre ou de bière. L'auteur emploie indifféremment la levure fraîche ou sèche. Cette méthode lui a donné des résultats vraiment fort encourageants. Au bout de deux ou trois jours l'érysipèle s'arrête, la plaque se dessèche et la guérison est définitive au bout de huit à dix jours.

Le traitement par la levure de bière a encore donné d'excellents résultats à M. Dessaux dans les eczemas humides.

Il emploie les mêmes doses que plus haut. Pour les jeunes enfants, il ne fait donner que deux cuillerées à café seulement, dans un peu de soupe à peine tiède, matin et soir.

(Normandie méd.)

Technique du massage de l'abdomen

M. le Dr Salignat, de Paris, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du massage de l'abdomen et de sa technique au point de vue thérapeutique.

"Le massage, dit-il, agit par des effets mécaniques et par des effets réflexes. Les effets réflexes sont de beaucoup les plus importants. Ces différents effets peuvent porter sur l'état local, sur le voisinage et sur l'état général. Ils peuvent être encore excitants ou calmants, et enfin agir à la superficie ou profondément.

"L'action locale porte sur les téguments, sur la circulation, sur les muscles, sur les nerfs de la région et sur les glandes. L'action générale détermine des modifications de la circulation, une augmentation de la quantité des urines et une élévation du taux de l'urée.

"Le massage de l'abdomen a une action spéciale sur la circulation générale par la mise en activité de réflexes puissants.

"Pour déterminer tant d'effets aussi variés, le massage n'emploie qu'un petit nombre de manipulations, ce sont: les enfléurages, les frictions, les pressions, les percussions, les pétrissages et les vibrations.

“ Le massage de l'abdomen peut agir sur les parois et sur les viscères. Appliqué aux parois de l'abdomen, il agit en produisant des réflexes cutanés, en modifiant la circulation et en tonifiant les muscles. Sur les viscères, le massage détermine des modifications dans la circulation, dans la contractilité et la nutrition des muscles, dans l'excitabilité des nerfs et dans la sécrétion des glandes.

“ Le massage de l'abdomen peut être appliqué au traitement des hernies de faiblesse. Il pourra rendre des services après une cure radicale de hernie ou préparer le malade à subir l'intervention chirurgicale. Dans la cure de l'obésité, il agira sur l'état local de l'abdomen et sur la nutrition générale.

“ Chez les dilatés de l'estomac de cause non organique, il agira en stimulant l'acte digestif, en évacuant ensuite les résidus de la digestion et enfin, en relevant la tonicité des muscles et la sécrétion des glandes. Dans les dyspepsies avec hyperchlorhydrie, on ne l'emploiera que si les digestions sont ralenties, pour évacuer le contenu de l'estomac et exciter les fonctions de cet organe. Chez les hypoploptiques, on l'utilisera pour ses effets excitants énergiques, afin de rétablir la tonicité des parois musculaires et de stimuler la sécrétion des glandes. Dans quelques troubles de la motricité de l'estomac dus à une excitabilité exagérée des parois stomacales, il pourra agir comme sédatif.

“ Le massage de l'abdomen sera d'une grande utilité dans le traitement de la constipation habituelle et dans celui de l'entéro-colite muco-membraneuse. Son action portera sur les parois intestinales et sur la sécrétion des glandes de ces parois. Dans quelques cas d'occlusion intestinale par accumulation des matières, il pourra servir à lever l'obstacle. Le massage de la région hépatique, joint au massage général de l'abdomen, permettra de combattre les congestions du foie. Dans la lithiase biliaire, il empêchera la formation des calculs, lorsqu'il y aura seulement prédisposition ; il aidera les canaux biliaires à expulser les calculs lorsque ceux-ci seront fermés. Dans la colique hépatique, on utilisera surtout ses propriétés sédatives.

“ Le massage aura une action sur les fonctions de sécrétion du pancréas.

“ Il fera sentir ses effets sur la circulation de la rate par l'intermédiaire de la circulation des viscères abdominaux.

“ Dans les ptoses abdominales, le massage pourra modifier l'état des parois abdominales, et dans tous les cas, il diminuera les troubles de la circulation du côté des viscères.

“ On pourra s'adresser au massage de l'abdomen, pour combattre les différents troubles causés par le rein flottant. Le massage agira encore avec efficacité dans les cas de congestion rénale. Par ses effets diurétiques, il rendra de grands services dans certaines formes de né-

phrite. Il aura les mêmes effets sur la lithiase rénale que sur la lithiase biliaire.

“ Le massage sera pratiqué sur la vessie pour diminuer l'état congestif de cet organe, pour combattre la faiblesse ou pour diminuer le spasme du muscle vésical et de son sphincter.

“ Le massage de la prostate sera indiqué dans les congestions de la prostate, dans les prostatites chroniques et dans l'hypertrophie de la prostate.

“ Le massage de l'utérus et des ovaires est indiqué dans les cas de congestion de ces organes, dans les déviations et les prolapsus de l'utérus et dans les métrites chroniques. Le massage pourra enfin rendre des services au cours de l'accouchement.”

(Le concours médical.)

De la neurosthénie.

M. MOUTIER. — Si on considère l'organisme comme un transformateur d'énergie, on sait que ce transformateur ne fournit pas seulement, au fur et à mesure, la quantité d'énergie nécessaire aux besoins journaliers, mais qu'à l'état normal, il en a toujours une certaine quantité en réserve.

J'ai déjà exposé ici que, si cette quantité d'énergie emmagasinée est inférieure à la normale, il en résulte un trouble fonctionnel qui constitue la neurasthénie ; tout au contraire, si la quantité d'énergie emmagasinée est supérieure à la normale, il en résulte un trouble fonctionnel tout différent, qui constitue une véritable entité morbide, que je propose de désigner sous le nom de neurosthénie (nerf ; excès de force).

La neurosthénie est donc une maladie constituée par un trouble fonctionnel de l'organisme et déterminée par une production trop grande d'énergie pour les besoins auxquels l'organisme doit satisfaire.

Il résulte de cette surproduction une accumulation d'énergie plus considérable que le fonctionnement régulier, normal de l'organisme, ne le comporte.

La neurosthénie, maladie résultant d'un trouble purement fonctionnel, ne comporte pas d'anatomie pathologique, elle ne détermine pas de lésions.

La neurosthénie, est caractérisée par un signe pathognomonique ; l'hypertension artérielle permanente ou prolongée, celle-ci n'étant la conséquence ni d'une lésion ni d'une intoxication.

Elle présente, comme symptomatologie, l'ensemble des petits signes du brightisme de M. le professeur Dieulafoy, mieux désignés par les accidents de l'artério-sclérose. Elle peut encore avoir des symptômes semblables à ceux de la neurosthénie, je l'ai montré le premier, en parlant des pseudo-neurasthénies à hypertension artérielle.

La neurosthénie a une marche chronique, elle a pour conséquence l'artério-sclérose ; parfois, elle peut avoir une marche aiguë, et amener la mort. Le pronostic

tic en est donc variable, il est grave, en général, si l'on n'arrête pas la maladie dans son évolution et surtout si les causes étiologiques persistent.

Au point de vue du diagnostic, il y a lieu de distinguer la neurosthénie de la nuerasthénie, ce qui est facile pour l'examen de la pression artérielle, et aussi des affections dans lesquelles on rencontre l'hypertension artérielle.

Les meilleurs moyens de combattre la neurosthénie consistent, ainsi que je l'ai déjà établi, dans un régime alimentaire approprié, et dans l'emploi des courants électriques de haute fréquence, sous forme d'auto-conduction.

(Gaz. de gyné.)

Des adenopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite

par M. BONJOUR.

Il n'est pas rare, soit au cours d'une laparotomie pour appendicite, soit à l'autopsie, de constater la présence d'adénopathies péri-appendiculaires. M. Eugène Bonjour nous apprend qu'elles siègent le plus souvent dans le méso-appendice ou derrière l'angle iléo-cæcal ; on les observe aussi fréquemment au-dessus de cette angle ou dans le mésantère autour du tronc de l'artère mésentérique supérieure. Elles sont exceptionnelles sur la face antérieure du cæcum. Le nombre des ganglions atteints est très variables, il en existe presque toujours une chaîne de trois, cinq, dix, quinze, etc., dépassant rarement le volume d'une noix, mais quelquefois réunis en masse, leur consistance est généralement dure et résistante, bien qu'ils soient susceptibles de suppurer.

Au point de vue clinique ces adénopathies sont surtout l'apanage d'une appendicite chronique ou subaiguë et se présentent sous trois types cliniques : adénopathie banale, on les constate le plus souvent seulement et au cours de l'intervention : forme néoplasique réalisée par l'agglomération en masse de plusieurs ganglions ce qui peut faire croire à un néoplasme ou à une tuberculose péritonéale : forme suppurée, enfin, constituée par l'abcès ganglionnaire, pouvant coexister avec un appendice relativement sain et susceptibles d'être le point de départ d'une péritonite généralisée.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien doit modifier sa technique suivant les cas ; extirper les ganglions tuméfiés, inciser ceux qui suppurent en protégeant le péritoine voisin et drainer largement ; enfin, enlever en totalité si cela est possible, les adénites néoplasiques.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Transmissibilité de la tuberculose humaine aux animaux.

M. S. Arloing communique les résultats de trois

séries d'expériences dans lesquelles des bacilles humains de provenance différente (crachats, liquides pleurétiques etc.), ont déterminé par inoculation intra-veineuse la tuberculisation du bœuf, du mouton et de la chèvre.

Les lésions constatées chez ces animaux se sont manifestées sous la forme de granulations confluentes ou discrètes dans le poumon, le foie, la rate, les ganglions, les reins, etc., et se sont toujours distinguées par une caséification hâtive.

Rapprochant ces résultats expérimentaux de ceux qu'il a déjà obtenus antérieurement, M. Arloing déclare avoir réussi jusqu'à présent à transmettre la tuberculose de l'homme à 23 animaux.

Si MM. Kock et Schülz ont échoué dans leurs inoculations, c'est, d'après M. Arloing, qu'ils se sont servi de cultures de bacilles à virulence affaiblie, d'une part, et, d'autre part, que les doses de ces cultures inoculées aux animaux ont été beaucoup trop faibles.

Il conclut :

1° Que la virulence du bacille de la tuberculose étant variable et capable de s'adapter à certains organismes, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine ;

2° Que l'on peut entretenir en cultures pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le bœuf, le mouton, la chèvre etc ;

3° Que si l'on en trouvait qui ne fussent pas susceptibles de produire ce résultat — et il en existe certainement — il ne s'agirait pas pour cela d'une tuberculose absolument distincte ;

4° Que l'unicité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacilles de Koch reste indiscutable ;

5° Que MM. Koch et Schülz n'étaient pas autorisés de par leurs expériences, à préconiser une distinction absolue entre la tuberculose humaine et celle des animaux ;

6° Qu'il est utile de maintenir, dans une sage mesure, les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de receler le bacille de la tuberculose.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Technique des injections antidiphthériques

(par le Dr. Renault.)

Qu'on ait affaire au croup ou à la diphtérie on doit observer les mêmes règles en ce qui concerne les injections de sérum. Au point de vue du sérum lui-même, on ne se préoccupe plus de sa limpidité, il peut être plocomeux, mais on se préoccupe surtout de son odeur. Vous ne vous servirez pas d'un sérum qui présente une mauvaise odeur. Chez les enfants, vous ferez l'injection sur le flanc, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Celui-ci, en effet, au niveau de la paroi abdominale, est

suffisamment lâche pour recevoir une grande quantité de liquide.

Vous vous servirez de la seringue de Mousse ou de celle de Debove qui a cet avantage de pouvoir être stérilisée facilement. Cette seringue sera munie d'un ajustage en caoutchouc qui réunit l'aiguille à l'instrument. L'utilité de cet ajustage est très grande. En effet, l'enfant auquel vous allez faire une injection se remue, se démène, bien qu'on le maintienne. Sans ces conditions, l'ajustage étant mobile, l'aiguille, une fois plantée sous la peau, reste fixe, ainsi que la seringue elle-même, et vous pouvez opérer avec tranquillité.

Au préalable, vous aurez fait bouillir votre instrument mais, avant même de le faire bouillir, vous l'aurez essayé, car il ne serait pas agréable de vous apercevoir ensuite que l'instrument ne fonctionne pas convenablement.

Puis vous aurez nettoyé la peau avec une solution antiseptique, sublimé au 1/1000 degré, acide phénique, etc., ou simplement avec de l'eau bouillie chaude et du savon. Vous pourrez employer à cet effet l'eau qui vient de servir à stériliser votre instrument.

Vous chargez la seringue de sérum, puis vous poussez légèrement le piston jusqu'à faire jaillir une goutte de sérum à l'extrémité de l'aiguille, de manière à remplir complètement l'appareil et à éviter ainsi la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire.

Il faut faire l'injection lentement, de manière à ne pas distendre trop brusquement le tissu cellulaire, à ne pas exercer de traumatisme sur lui, ce qui serait douloureux. L'injection doit durer 2 ou 3 minutes environ. La peau se gonfle, vous mettez pardessus une feuille d'ouate, une bande et ce gonflement se résorbe et disparaît bientôt, ne laissant comme trace qu'un petit point rouge où a passé l'aiguille.

Un mot sur la quantité de sérum à injecter. On doit plus se préoccuper de l'opportunité de l'injection que de la quantité totale de sérum qu'on injecte. Les petits accidents imputables au sérum sont les mêmes, chez les sujets susceptibles, avec de faibles quantités qu'avec de fortes quantités de sérum. Les accidents qu'on peut observer, les éruptions nébuleuses, l'ictère, les arthropathies, etc., ne présentent pas de grande gravité. Je vous ai parlé de la fièvre sérique : l'enfant présente la nuit une élévation brusque de température qui peut atteindre 40 degrés, l'état général s'aggrave, mais au bout de quelques heures, la température s'abaisse rapidement. C'est à une question d'idiosyncrasie qu'il faut rattacher ces accidents qui se manifestent chez certains enfants plutôt que chez d'autres.

Il ne faut pas se préoccuper de la quantité totale de sérum injecté, mais faire autant d'injections qu'il sera nécessaire pour amener une amélioration notable des symptômes : marche de la température, état de pouls, étendue des fausses membranes, état des ganglions. Mais le cas de croup, il faut faire d'emblée une injection

plus abondante que dans le cas de diphtérie laryngée, de façon à être sûr de dépasser la dose suffisante.

En effet, si pour l'angine diphtérique vous donnez 10 centim. cubes de sérum, vous pouvez revenir le soir même ou le lendemain pour voir si les fausses membranes ont diminué d'étendue, renouveler au besoin la dose, cela n'a pas d'autre importance, vous avez relativement du temps devant vous. Tandis que, dans le croup, il y a un danger immédiat, il faut éviter l'asphyxie, l'obstruction laryngée menaçante par les fausses membranes ; aussi doit-on donner, je le répète, une dose suffisante. Avec nos moyens d'intervention actuels, le tubage et la trachéotomie, on ne cherche qu'à gagner du temps, à donner aux secours le temps d'agir, c'est donc une raison pour exercer une action la plus énergique possible et pour donner une dose supérieure de sérum.

Pour le croup, injectez d'emblée les doses suivantes : Pour les enfants au-dessous de 5 ans 20 centim. c. ; au-dessus de 5 ans, 20 centim. c. Injectez 20 centim. cubes au moins si vous n'êtes appelé qu'au deuxième ou troisième jours, alors que les symptômes se sont déjà aggravés.

Lorsque vous revenez voir l'enfant, le soir même ou le lendemain matin, vous faites une nouvelle injection moitié moindre, le tout dépend de l'état général des enfants, mais vous renouvez, je le répète, autant de fois les injections que cela est nécessaire pour amener une amélioration très nette.

(Corresp. méd.)

CHIRURGIE

Du pneumothorax chirurgical ; ses dangers et sa valeur au point de vue de la chirurgie pleuro-pulmonaire, d'après six observations.

Dr HENRY DELAGÉNIÈRE (du Mans).

Le pneumothorax provoqué lentement constitue à lui seul un moyen, lorsque le plevre est saine ou dépourvue d'adhérences, a été considéré à tort comme un accident grave. C'est un accident qui peut être sérieux, si on le provoque brusquement. Si, au contraire, on le provoque lentement, il perd sa gravité, d'autant que nous avons un moyen infallible et très simple de l'arrêter dans sa formation. Ce moyen, qui nous a réussi dans trois cas d'ouverture accidentelle de la plevre, consiste à attirer le poumon dans l'ouverture pleurale et à l'y suturer.

Le pneumothorax provoqué lentement constitue à lui seul un moyen efficace pour arrêter certaines hémorragies pulmonaires graves. Il nous a pleinement réussi dans un cas de blessure du poumon par arme à feu ; le poumon en s'affaissant obtura sans doute le vaisseau lésé.

Non seulement le pneumothorax provoqué d'après les règles ci-dessus n'a pas d'importance pendant l'opération, mais il n'en a pas non plus dans la suite, après l'opération, à la condition d'évacuer au moyen d'un aspirateur Potain l'air contenu dans la plèvre quand l'exploration est terminée et que le poumon est extériorisé et la plèvre suturée. Ce moyen très simple que nous avons employé après une exploration simple de la plèvre et dans un cas d'abcès central du poumon, a parfaitement réussi. Le poumon a aussitôt repris son volume primitif et les deux malades n'ont éprouvé aucune gêne respiratoire, ni aucun point de côté après l'opération.

Il est donc logique, au cours d'interventions pratiquées sur le poumon, lorsque le diagnostic est incertain et lorsque les plèvres sont saines, de provoquer un pneumothorax, d'ouvrir ensuite largement la plèvre pour explorer toute la cavité pleurale et le poumon tout entier. L'exploration du poumon se fait au moyen d'une sorte de pétrissage du poumon avec la main, on reconnaît les parties indurées et déparées. On peut facilement extérioriser l'organe dans l'endroit qui répond à la collection ou au foyer découvert. Puis quand le poumon est ainsi extériorisé sur un point de sa surface au moyen de sutures, on ferme hermetiquement la plèvre, puis avec l'aspiration on la débarrasse de l'air du pneumothorax. On termine l'opération en incisant le poumon, ouvrant et nettoyant le foyer que l'on draine soit avec de la gaze, soit avec des drains ; on rabat enfin le lambeau cutané et on le suture comme à l'ordinaire. Nous avons exécuté l'opération dans tous ses détails et avec un plein succès, chez un malade atteint d'abcès central du poumon dont nous rapportons l'histoire.

La méthode générale que nous proposons est consacrée par des observations concluantes de malades opérés par nous.

(*Rev. critique de méd. et de chir.*)

Le lymphadénome tuberculeux.

par M. le Dr DURET (de Lille).

CONCLUSIONS. — 1° Il existe une forme d'*hypertrophie ganglionnaire*, polyadénopathique, fréquente surtout à la région cervicale, qui simule les néoplasies ganglionnaires vraies, principalement le *lymphadénome*, et le *lymphosarcome*.

2° L'examen microscopique, et surtout l'inoculation chez les animaux, démontrent péremptoirement, la *nature tuberculeuse* de cette hypertrophie.

3° La lésion consiste essentiellement, en une *sclérose conjonctive hypertrophiant* de l'enveloppe et de la trame ganglionnaire, et dans la formation d'îlots scléreux et de plaques de dégénérescence épithélioïde, autour de corpuscules tuberculeux, avec ou sans bacilles de Koch visibles. Parfois, on observe des granulations caséuses :

mais celles-ci ne sont pas volumineuses et apparentes, comme dans la tuberculose ganglionnaire commune.

4° Ces hypertrophies ganglionnaires tuberculeuses ont ordinairement une *marche lente* , relativement à celle des néoplasies vraies ; elles n'aboutissent pas à la supuration d'ordinaire.

Elles sont *progressives* , et évoluent par *poussées irrégulières* , qui fréquemment, s'accompagnent d' *élévation thermique* .

Elles ont une allure rapide, quand elles sont le siège d'une infection secondaire concomitante, (streptocoque, staphylocoque, etc.

Elles sont susceptibles de *régression* dans quelques cas ; mais, le plus souvent, elles conduisent à la *tuberculose viscérale* , ou à une attaque de *granulie aiguë* .

5° Le *traitement général* n'a sur elle qu'une *action incertaine* . L'étendue et la multiplicité des lésions ne permettaient guère un traitement local médicamenteux.

Il vaut mieux avoir recours à l' *extirpation* . — Dans la plupart des cas cités, la guérison a été obtenue sans incidents graves.

6° Il est probable, que le plus grand nombre des tumeurs, appelées lymphadénomes, ont une origine tuberculeuse.

Ainsi s'expliquerait la régression obtenue dans quelques cas, par le traitement arsénical, local et général.

(*J. Sc. méd. Lille.*)

Le traitement des adénites tuberculeuses.

par CALOT (de Berck).

Je ne me laisserai pas de répéter qu'il ne faut extirper les adénites tuberculeuses que si les autres moyens ont échoué. Les cas d'extirpation ne sont donc que le rebut des autres méthodes.

Dans la clientèle, les indications opératoires sont exceptionnelles. Je m'associe pleinement à ces paroles de notre rapporteur, en regrettant de voir cette déclaration si nette, mais si brève, perdue dans les longs développements qu'il donne à la technique de l'extirpation.

Je n'ai jamais dit autre chose ; et je n'en demande pas davantage.

Je ne fais l'extirpation que si les autres moyens ont échoué et je ne la fais jamais qu'à regret, estimant que, dans cette manifestation comme dans toutes les autres localisations de la tuberculose externe, l'avenir est à la chirurgie conservatrice et non pas à la chirurgie opératoire.

En présence d'une tuberculose externe, le chirurgien assure le repos et un bon traitement général au malade ; si, en outre on peut le faire vivre au bord de la mer, l'on voit après un temps plus ou moins long le foyer disparaître par résolution : c'est la guérison spontanée, le

chirurgien se bornant à faire un traitement orthopédique, lorsqu'il s'agit de tuberculoses des os ou des articulations.

Le foyer tuberculeux, lorsqu'il ne se termine pas ainsi, aboutit au ramollissement.

Alors le chirurgien intervient, non pour extirper la lésion, mais pour traiter cette poche par des ponctions et des injections modificatrices; et la guérison est obtenue ainsi par les chirurgiens ayant l'habitude de la méthode plus parfaitement que par une opération sanglante. Elle se fait sans mutilation.

Pourquoi les chirurgiens qui acceptent ces principes thérapeutiques en présence de toutes les autres tuberculoses externes, les méconnaissent-ils, lorsqu'il s'agit de tuberculose des ganglions du cou ?

La chirurgie conservatrice a, depuis 15 ans, détrôné partout ailleurs la chirurgie interventionniste. Celle-ci ne saurait trouver ici des guérisons plus complètes, plus durables que partout ailleurs, ni de moindres mutilations car elle laisse des cicatrices disgracieuses, stigmates indélébiles de la scrofule.

Il faut s'en passer, aussi souvent qu'on le peut, et ne la considérer que comme une pisaller.

L'on sait dès maintenant guérir sans extirpations, dans tous les cas d'adénites ramollies, en les traitant par des ponctions et des injections modificatrices.

Dans les cas d'adénites dures, l'on n'a pas davantage le droit d'opérer immédiatement, car elles ont de très grandes chances de se résorber spontanément; et l'on y aide par un bon traitement général et le séjour prolongé au bord de la mer.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels, suivant l'aveu de notre rapporteur, où, malgré tout, malgré ce très long temps attendu, une ou plusieurs années, comme l'on fait pour une coxalgie, et il n'y a aucun inconvénient à attendre, soit au bord de la mer, soit même ailleurs, ce n'est que dans ces cas exceptionnels où l'adénite ne se ramollit ni ne se résorbe, où elle ne bouge plus, que l'on a le droit d'intervenir.

On essaiera d'abord de provoquer artificiellement soit la résolution, soit le ramollissement de l'adénite par une méthode capable de sauvegarder l'intégrité de la peau, c'est-à-dire par des injections intra-ganglionnaires.

Résolution ou ramollissement ont été souvent obtenus par des injections. On saura mieux l'obtenir encore, lorsqu'on aura perfectionné davantage cette méthode.

C'est dans ce sens qu'il faut travailler selon moi, bien plutôt que dans le sens d'une modification de la technique de l'extirpation.

Celle-ci deviendra de plus en plus exceptionnelle.

Les adénites, comme toutes les autres tuberculoses externes, seront guéries par les seules ressources de la chirurgie conservatrice, pour le plus grand bénéfice des malades.

(Congrès de chir.)

L'hallux-valgus

par le Dr. Bilhaut, (de Paris).

L'hallux-valgus est une déformation du gros orteil, constituée par la déviation: en dedans, du premier métatarsien et le déjet, en dehors, des deux phalanges. Cette affection est ou congénitale ou acquise. Dans le premier cas, elle est curable, grâce à la réduction et au maintien en bonne direction, au moyen d'appareils inamovibles (plâtre, percha) et les résultats seront d'autant plus rapidement acquis, que le traitement aura été établi de bonne heure. L'hallux-valgus acquis débute aux divers âges de la vie: chez l'adolescent, chez l'adulte, chez le veillard. Chez le veillard, il est souvent dû au rhumatisme déformant et, dans ce cas, les os présentent les lésions caractéristiques de cet état. Quand il débute chez l'adulte, il se rattache souvent au rhumatisme, à la goutte et l'état anatomique du premier métatarsien est modifié par l'apparition de tophus, plus ou moins volumineux, irrégulièrement disposés autour de l'articulation. Dans bon nombre de cas, la lésion n'est que la continuation avec aggravation d'un mal contracté pendant l'adolescence. Chez l'adolescent, on trouve non seulement une déviation en dedans, de la partie antérieure du premier métatarsien, avec bourse séreuse accidentelle, donnant à la région l'apparence d'un oignon, mais encore une *exostose constante*, située sur le côté externe de la tête du premier métatarsien. Chez les jeunes adultes, cette lésion osseuse, que m'ont fait découvrir de nombreux examens aux rayons X, est comparable aux exostoses de croissance; elle existe seule, à l'exclusion de toute autre modification de l'articulation. Elle est placée entre les deux premiers métatarsiens. On s'explique qu'elle pousse mécaniquement en dedans celui qui supporte le gros orteil. On a ainsi la clef de la déformation due au glissement qui s'opère dans l'articulation du premier cunéiforme avec le premier métatarsien: On comprend de même la déviation des phalanges du gros orteil, en dehors. Enfin, on trouve dans la constatation de cet état, une précieuse indication thérapeutique. Il faut supprimer cette exostose pour obtenir un succès complet. Dans les cas peu anciens, cette seule thérapeutique suffit. Chez l'adulte, le traitement chirurgical de l'hallux-valgus grave, douloureux, empêchant la marche et, en outre, disgracieux au point de vue esthétique, ne doit pas consister seulement dans l'incision, la dissection de la bourse séreuse accidentelle et dans la résection cunéiforme de la tête du premier métatarsien. Le résultat définitif excellent ne peut être acquis si on ne complète l'intervention par la résection de l'exostose qui existe constamment sur le côté externe de la tête du premier métatarsien. Enfin, pour les déviations très accentuées, je propose de compléter l'intervention par l'incision, à ciel ouvert, de la portion interne de la capsule qui unit le premier cunéiforme au premier métatar-

sien. On corrigera ainsi, sans effort, la direction vicieuse.

(Congrès de chirurgie.)

Sur le traitement chirurgical de la paralysie infantile,

(par Calot, de Berck).

Le chirurgien et l'orthopédiste revendiquent chacun de son côté le traitement de la paralysie infantile.

Le chirurgien veut arriver à supprimer pour ces malades l'usage de tout appareil, et l'orthopédiste, pour ces mêmes malades, proscrit toute opération chirurgicale pour s'en tenir aux seuls appareils !

Ecoutez les séparément : l'un et l'autre paraissent avoir raison.

La paralysie infantile frappe les os ou les articulations ou les muscles : les os, pour amener le raccourcissement des membres ; les articulations, pour donner des jointures ballantes ; les muscles, pour les anéantir en totalité ou en partie : lésions des os, des jointures et des muscles qui entraînent à leur suite des déviations.

Le chirurgien corrige ces déviations en supprimant par le bistouri et la scie tous les obstacles.

Il corrige le raccourcissement du membre inférieur par une arthrodèse du pied en extension ou l'opération de Wladimirow Mikulicz.

Il soude par l'arthrodèse les articulations ballantes ; il fait contre la lésion des muscles leur anastomose avec des allongements ou raccourcissements tendineux.

L'orthopédiste corrige les déviations avec des appareils articulés à vis réglables.

Il corrige le raccourcissement, avec des chaussures appropriées, la laxité des articulations par des appareils rigides ou articulés pouvant être fixés pendant la marche et rendus mobiles pour la position assise à l'aide d'un verrou.

Ils remplacent les muscles paralysés par des muscles artificiels, ressort métalliques ou en caoutchouc.

De ces deux méthodes, quelle est la meilleure ? Il ne faut pas préférer (comme c'est notre tendance actuelle) celle avec laquelle nous sommes le plus familiers, pour cette seule raison que nous la connaissons mieux mais celle qui donne les meilleurs résultats.

Voilà mon sentiment à ce sujet. Pour lutter contre les raccourcissements du membre, une chaussure bien faite, avec moulage du pied pris dans des conditions spéciales, rend la marche plus facile et meilleur que l'opération de Mikulicz de l'aveu d'un grand opérateur, Ollier lui-même, et l'on évite ainsi (l'avantage n'est point négligeable) une opération sanglante.

L'arthrodèse a donné beaucoup de mécomptes et ne doit plus guère être faite qu'au genou et dans quelques cas, au cou de pied pour les enfants de l'hôpital. Chez les enfants de la ville, les appareils sont toujours préférés,

si ce n'est peut-être au genou. C'est tantôt un appareil rigide ; tantôt et mieux un appareil articulé avec un verrou, qui fixe la jointure pour la marche et lui rend sa mobilité pour la position assise.

Pour les lésions des muscles, les anastomoses musculaires sont très en honneur à l'heure actuelle ; mais je crois avec Kirrison que, bien que cette intervention soit très séduisante, il faut être très réservé sur son avenir, tandis que la méthode essentiellement française du remplacement des muscles perdus par les muscles artificiels en caoutchouc a fait ses preuves pour les mêmes cas.

Quant à la correction des déviations déjà produites par la paralysie infantile, la chirurgie les corrige d'un coup, parfaitement, par des procédés d'une bénignité assurée ; et ces redressements immédiats doivent être préférés aux lents et parfois incomplets redressements que donnent les appareils.

C'est seulement après avoir obtenu d'un coup le redressement qu'on appliquera les appareils.

En résumé, pas d'exclusivisme. Ce n'est pas trop d'avoir à sa disposition les ressources réunies de la chirurgie et de l'orthopédie pour combattre une maladie aussi lamentable que la paralysie infantile.

Au lieu de condamner les appareils, sous prétextes qu'ils sont lourds et compliqués, les chirurgiens devraient apprendre à s'en servir et s'attacher à en perfectionner le mécanisme.

Les appareils en celluloïd, que j'ai fait fabriquer le premier en France, sont très légers et sont bien tolérés ; on peut les fabriquer n'importe où, à plus forte raison dans les grands centres, où se trouvent généralement les chirurgiens qui traitent la paralysie infantile par des opérations sanglantes.

A part les enfants de l'hôpital, chez qui l'on croit par une opération pouvoir arriver à se passer d'appareils, ce qui est loin d'être la règle, on peut dire d'une manière générale que la plus grande partie des paralysies infantiles sont du domaine de l'orthopédie, combinée suivant les cas avec quelques bénignes interventions chirurgicales ; ce qui veut dire que ce traitement, pour donner le maximum des résultats, devrait être conduit du commencement à la fin par un véritable chirurgien, et non par un bandagiste.

(Congrès de chirurgie.)

GYNECOLOGIE

Peritonites gonococcliques

Dr. LAMBINON,

L'inflammation aiguë des organes génitaux externes reconnaît fréquemment pour cause l'infection blennor-

gique. Cette affection n'épargne pas les petites filles.

Parmi les complications de cette maladie, on signale l'apparition de condylômes pédiculés au niveau des petites lèvres, des caroncules myrtiformes et de l'orifice externe de l'urètre.

Dans les cas de blennorrhagie, les bartholinites ne sont pas rares. La glande de Bartholin s'enflamme d'un ou des deux côtés. Dans certains cas, la suppuration peut rester localisée au conduit excréteur de cet organe glandulaire. D'habitude le canal de l'urètre participe à l'inflammation vulvaire gonorrhéique.

N'a-t-on pas observé d'autres complications graves dans ces sortes de circonstances ? Mais parfaitement. Récemment, M.M. les docteurs Comby et Gadaud de Paris ont signalé à la *Société médicale des Hôpitaux* une série de trois cas de péritonite aiguë compliquant la vulvo-vaginite des petites filles. Dans les trois cas la brutalité de l'invasion, la violence des symptômes, la gravité de l'état général avaient fait penser à une péritonite appendiculaire et on fut sur le point d'ouvrir le ventre. Toutefois les trois patientes guérirent radicalement sans intervention opératoire.

Voici la relation succincte des trois observations intéressantes faites par nos confrères Comby et Gadaud :

" La première, fille de douze ans, était convalescente d'une fièvre typhoïde, mangeait, se levait, quand elle fut prise brusquement de fièvre, de vomissements, de douleurs de ventre. Facies péritonéal, pouls filiforme, état général des plus inquiétants. La palpation ne révèle aucun foyer localisé notamment dans la région de l'appendice. On fait le diagnostic de péritonite aiguë généralisée et on consulte M. Brun qui opine pour l'appendicite perforante et conseille la laparotomie. Mais on n'avait pas l'autorisation des parents, et la malade se trouvant un peu mieux le lendemain, évita l'opération. On songe alors à établir un rapport entre la péritonite et un écoulement purulent des voies génitales qui existe depuis peu. C'était une péritonite gonococcique qui a rapidement guéri.

" Dans un second cas, (fille de six ans et demi), la péritonite avait également succédé à une valvo-vaginite de date récente. Même invasion brutale, même symptômes de péritonite diffuse, même état général alarmant. Pas de signes de localisation dans la fosse iliaque droite. Pourtant on songe encore à l'appendicite et on se tenait prêt à intervenir, quand les accidents présentèrent une atténuation. La guérison rapide fut obtenue par les moyens médicaux : glace sur le ventre, injection de morphine, diète absolue, injections de sérum artificiel. Rechute cinq semaine après ; guérison.

" dans le troisième cas, (fille de six ans et demi), la malade avait été soignée au préalable pour une pleurésie purulente à faible épanchement, qui avait guéri par la ponction simple. Elle achevait sa convalescence à l'hôpital quand elle fut prise, tout-à-coup, des mêmes accidents péritonéaux que dans les deux cas précédents.

Depuis quelques jours, elle présentait un écoulement de pus vaginal, dans lequel on a trouvé le gonocoque. Les premiers jours de l'explosion péritonéale, le pouls est à 130, la fièvre à 39°. Vomissements incessants, douleurs abdominales, visage grippé, facies effrayant. On pense encore une fois à la péritonite appendiculaire et on est sur le point d'intervenir, quoiqu'il n'y ait pas de signes de localisation. On se borne, en attendant le moment opportun à faire de larges applications de glace, à injecter du sérum artificiel, à calmer les douleurs par la morphine. Guérison en cinq jours.

" Les trois cas que nous rapportons aujourd'hui sont des plus instructifs ; ils rappellent l'attention sur la péritonite gonococcique des petites filles qu'on a de la tendance à oublier et qui est relativement fréquente. On est trop hanté par l'appendicite. Désormais, quand une fillette aura de la péritonite aiguë, si elle est atteinte de vulvo-vaginite, on devra songer à la relation qui unit les deux maladies. La propagation de l'infection gonococcique de la vulve et du vagin au péritoine se fait très aisément par l'utérus et les trompes.

" En général, les péritonites gonococciques des petites filles sont bénignes et guérissent par le traitement médical."

Acceptons-en l'augure et entourons-nous de tous les renseignements nécessaires pour ne pas confondre la péritonite gonococcique et l'appendicite. L'examen bactériologique de l'écoulement purulent des voies génitales où pullule le gonocoque de Neisser acquiert dans ces sortes de circonstances une importance capitale.

(Gaz. de Gynécologie.)

Traitement des varices des femmes enceintes

par le Dr. Maygrier

Les femmes enceintes, atteintes de varices inférieurs et des organes génitaux, doivent, avant toutes choses, répétons-le, être soumises au repos. Il faut tout d'abord, qu'elles évitent les fatigues, la station debout ; de plus, on exercera sur les membres inférieurs une compression à l'aide de bas élastique ou avec une bande roulée de crêpe Velpeau.

Je sais qu'on a accusé la compression d'amener l'accouchement prématuré et l'avortement, mais de nombreuses observations montrent que ces assertions sont dénuées de fondement. Tous les accoucheurs, actuellement, admettent qu'il faut, autant que possible, pendant la grossesse, et surtout quand les varices apparaissent, faire, dès le début, porter des bas contensifs.

Contre les varices des organes génitaux, directement il n'y a guère de remède. Lorsqu'elles sont très volumineuses, Tarnier conseille d'exercer une légère compression de la région à l'aide d'un bandage en T.

D'autre part, pour prévenir les complications, on recommandera aux femmes, surtout si les varices offrent

des dimensions considérables, d'éviter toute occasion ou cause de traumatisme, les grattages répétés, les rapports conjugaux, les secousses, les voyages en voitures exposant aux cahots, aux chutes à califourchon, etc.

En cas de phlébite, le traitement consiste dans le repos prolongé, le membre étant placé dans une gouttière, enveloppé d'ouate et oint d'un liniment calmant ; lorsque la douleur est vive, on se trouvera bien de l'enveloppement de la jambe malade dans de grandes compresses imbibées d'une solution de chlorhydrates d'ammoniaque au cinquantième ou de décoction de têtes de pavots. La gouttière sera légèrement inclinée, la femme très surveillée et on ne lui permettra de se lever que lorsque tout signe d'inflammation aura disparu.

Lorsqu'une hémorragie survient du fait de la rupture d'une veine variqueuse, on emploiera les moyens les plus prompts pour l'arrêter ; compression digitale, tamponnement aseptique, application de serres-fines, forci-pression du sang, ligature de la veine. Il faut savoir que l'écoulement du sang, qui a lieu par un orifice très minime, est très lent, mais continu, et qu'il amène, par conséquent, presque fatalement, si on n'intervient pas à temps, la syncope et la mort.

Lorsqu'on est appelé à intervenir quand la femme a déjà perdu beaucoup de sang, il y aura encore quelque espoir de la ranimer en ayant recours aux injections intra-veineuse de sérum qui cause parfois de véritables résurrections.

Je formulerai, en terminant, la conduite que vous devez suivre dans ces quelques recommandations :

Les varices des femmes enceintes ne sont jamais une affection négligeable. On doit surveiller ces malades et les soumettre au repos, pour les soustraire aux accidents plus ou moins graves auxquels les expose la fatigue, et quand se déclare une complication, il faut les secourir le plus tôt possible, surtout s'il s'agit d'une hémorragie qui sera immédiatement arrêtée par la compression exercée sur le point qui saigne.

(Gaz. méd. Belge.)

Du rein mobile. Indications thérapeutiques et opératoires.

par le Dr BAZY.

A propos d'un rapport sur le traitement du rein mobile par le massage préconisé par Mlle le Dr Rosenthal, M. Richelot a fait, à la Société de chirurgie, une communication d'un très grand intérêt sur cette affection si fréquente et quelquefois si pénible.

Il considère que le rein mobile est surtout l'apanage des neuro-arthritiques. Je n'y contredirai pas, pour cette excellente raison, qu'il est, je crois, facile de faire entrer beaucoup de malades dans cette catégorie et que, pour mon compte, il me serait difficile

de dire exactement ce qu'il faut entendre par ce mot. Les neuro-arthritiques seraient atteints d'une laxité particulière du tissu conjonctif qui prédisposerait les organes au relâchement et au prolapsus. D'un nombre considérable de reins mobiles que j'ai observés et on peut dire qu'on en voit presque tous les jours — je tire un certain nombre de conclusions pour ce qui concerne ma pratique.

Un grand nombre, et non des moins mobiles, ne donnent lieu à aucune espèce de symptômes. C'est par hasard, en examinant les malades, qu'on les rencontre.

D'autres s'observent chez des sujets atteints de troubles gastriques ou gastro-intestinaux. Ces troubles dominant la scène, et le rein mobile paraît n'être chez ces sujets, qu'un accessoire, qu'un épiphénomène qu'on note, en quelque sorte, dans l'ensemble des symptômes présentés par la malade.

Ces troubles gastro-intestinaux ne sont pas spéciaux aux femmes. J'ai vu, chez un vieillard de soixante-douze ans, un rein mobile droit, dont la mobilité était liée à une colite de l'angle du colon et du colon ascendant.

Ce vieillard avait des crises survenant toutes les nuits et manifestement liées à la progression du bol fécal dans son intestin. Toutes les nuits, le rein droit, avec tous ses caractères, descendait, devenait mobile et se plaçait presque à fleur de peau : en même temps, le malade accusait des coliques. Le matin on le trouvait dans cette position : après une garde-robe, les douleurs cessaient, le rein rentrait dans sa loge et le soir on ne pouvait plus le retrouver.

Il m'a semblé que, dans ce cas, il s'était formé des adhérences entre le colon et la capsule du rein, peut-être le rein lui-même. C'était un rein mobile intermittent.

M. Potain avait signalé cette relation entre la colite et le rein mobile, mais il l'expliquait d'une autre façon, en disant que la colite affaiblissait, en bas, la capsule propre du rein et en permettait ainsi le déplacement.

Les relations du rein mobile avec les ptoses viscérales sont peut-être moins fréquentes qu'on ne l'a cru et que, dans tous les cas, ne soutient le Dr Glénard.

Ces relations existent toutefois, et j'ai communiqué à la Société de chirurgie un cas de rein mobile traité et guéri par la recto-coccyxopexie.

La rentrée et la contention dans la cavité péelvienne d'un énorme prolapsus du rectum avait suffi à guérir la malade de son rein mobile qui n'avait pas reparu, même après une fausse couche de cinq mois et demi à six mois qu'avait faite mon opérée.

L'influence de l'amaigrissement n'est pas moins nette, de même que celle de l'engraissement.

J'ai vu, chez une de mes opérées atteinte de né-

phroptose double et à qui j'avais fait la néphropexie du rein gauche, le rein droit revenir dans sa position normale, rentrer dans sa loge sous l'influence de l'engraissement qui avait suivi mon opération, et je l'ai vu descendre, peu il est vrai, mais néanmoins descendre quand, sous l'influence des troubles gastriques, il est survenu de l'amaigrissement. En revanche, le rein fixé restait en place.

Le traumatisme a pu être invoqué dans certains cas. Des malades m'ont affirmé avoir eu leurs douleurs à la suite d'une chute sur les pieds ou sur le siège. Je n'ai pu le vérifier, mais j'ai vu un exemple très net de l'influence des secousses répétées sur la production de la néphroptose.

C'est chez une jeune femme de vingt-deux ans, déjà mère de trois enfants et que j'avais été appelé à soigner pour une crise de cystite très douloureuse. J'avais été amené, lors de ma première visite et dans les visites subséquentes, à examiner l'état des reins, et je n'y avais rien trouvé. Or, à la suite d'excursions à cheval en pays de montagnes, elle était revenue se plaignant de douleurs dans le flanc droit. En l'examinant j'ai nettement constaté l'existence d'une néphroptose commençante mais déjà fortement appréciable,

Cette néphroptose a guéri par le repos dans la position horizontale gardée pendant un mois.

J'ai observé la coïncidence d'un double rein mobile et de déformations thoraciques d'origine probablement rachitique.

Le paroi thoracique des deux côtés était légèrement excavée sur la paroi antérieure, au voisinage de la paroi latérale.

J'ai fait cette remarque générale, que l'espace costo-iliaque des sujets atteints de rein mobile était, en général, assez considérable, et m'a paru plus considérable que celui des sujets ordinaires.

Y a-t-il là une prédisposition ? ou bien n'est-ce qu'une apparence ? Il m'a semblé que ce n'était pas seulement une apparence.

Que ces accidents ne puissent survenir que chez les neuro-arthritiques, je le veux bien ; mais ils me paraissent avoir une autre cause que l'état nerveux des malades ; ils me paraissent avoir une origine mécanique, car le traitement mécanique les guérit ; que ce traitement s'appelle le massage, qu'il s'appelle la ceinture, qu'il s'appelle la néphropexie.

(à suivre)

L'antéflexion utérine et la stérilité

D'après M. le Dr. Baudron, dans son rapport au Congrès de gynécologie et d'obstétrique, 1° l'antéflexion congénitale est une des causes les plus ordinaires de la stérilité.

2° La sténose du canal utérin et en particulier de l'orifice interne au niveau de l'angle de flexion est l'obstacle à la fécondation et la cause de la dysménorrhée.

3° La grossesse complétée par l'allaitement qui favorise la bonne involution de l'utérus est la véritable thérapeutique de l'antéflexion congénitale ; tout traitement doit donc tendre à faciliter la grossesse.

4° La dilatation lente, méthodique et prolongée est le traitement le plus complet, le plus efficace et le plus inoffensif de l'antéflexion congénitale.

5° Les opérations sanglantes, même après échec absolu de la dilatation conduite avec la plus grande persévérance, ont des indications exceptionnelles.

6° Quand l'antéflexion se complique de métrite ou d'annexite, la thérapeutique devient celle de la complication inflammatoire.

La dilatation ou cathétérisme dilatateur répété de M. le prof. Pinard doit commencer deux ou trois jours après la fin des règles, il comprend :

La dilatation et le redressement de l'utérus avec les laminaires ;

Le cathétérisme dilatateur répété avec les bougies d'Hegar.

Le traitement cesse quelques jours avant les règles et se reprend lorsqu'elles sont terminées. La femme peut reprendre sa vie conjugale au deuxième mois. A partir de ce moment, tout de suite après la menstruation avant toute possibilité de fécondation, on pratique deux ou trois séances de cathétérisme dilatateur et cela jusqu'à guérison.

(Le concours méd.)

OBSTETRIQUE

Galactophorite et lymphangite du sein

D'après M. le Dr. Maygrier, dans l'Obstétrique, le traitement de la galactophorite et de la lymphangite du sein doit être, avant tout, prophylactique, surtout dans les services d'accouchements où la contagion est toujours à craindre. Cette prophylaxie consiste surtout dans l'asepsie la plus minutieuse du sein. Voici comment on procède : chez toute femme accouchée, les seins sont lavés, savonnés et recouverts de compresses sèches de gaze stérilisée, recouvertes de taffetas gommé. Le bout du sein est lavé soigneusement avant et après chaque tétée, avec du coton hydrophile imbibé d'eau boriquée tiède.

De plus, les mains des mères et des infirmières sont l'objet d'une surveillance rigoureuse. La bouche des enfants, qui est le réceptacle de nombreux microbes, est lavée avec de l'eau bouillie légèrement boriquée, avant la tétée.

On doit aussi veiller à l'extrême propreté du linge

et des pièces de pansement, et même à leur déinfection préalable, s'il y a lieu ; ce dernier point est malheureusement assez difficile à réaliser à l'hôpital.

Les gergures et les crevasses du sein sont traitées par l'application de compresses imbibées d'eau alcoolique d'orthoforme à saturation.

Quand une femme est atteinte de galactophorite, elle est *immédiatement isolée*, de façon à recevoir les soins d'une infirmière spéciale, qui n'a aucun contact avec les accouchées saines.

L'enfant est *immédiatement* sevré du sein malade. Il n'est remis à ce sein que lorsque la guérison est complète, et étant donné ce que nous savons des poussées successives et des récidives de la galactophorite, cette remise n'a lieu qu'au moins deux jours après la disparition de tout liquide purulent à la pression.

Quand un seul sein est pris, il faut éviter que l'enfant, en tétant le côté sain, ne s'infecte au contact du sein malade, qui ne doit jamais être découvert.

Le traitement curatif de la lymphangite, consiste dans l'application de compresses d'eau boriquée tiède, dans les pulvérisations chaudes ; il a toujours été suivi d'une prompte disparition de la rougeur et de la douleur.

Dans la galactophorite, on peut avoir aussi recours aux compresses humides et aux pulvérisations pour calmer la douleur. Mais la partie capitale du traitement réside dans l'expression du sein, faite suivant les règles indiquées par Budin. Elle doit être pratiquée dès qu'on a constaté l'issue d'une ou deux gouttes de pus, et continuée régulièrement deux ou trois fois par jour jusqu'à ce qu'elle n'amène plus de pus au dehors.

L'expression du sein est assez douloureuse. Pourtant, elle est en général bien supportée et M. Maygrier a toujours vu les femmes s'y soumettre sans trop de répugnance. Dans deux cas seulement, la douleur a été tellement insupportable qu'on a dû recourir à des inhalations de chloroforme.

Quand il y a à la fois lymphangite et galactophorite, on pourrait craindre, ainsi que l'a fait remarquer Budin, que l'expression ne favorise la formation d'un abcès. Mais l'expérience a montré que, même dans ces cas, l'expression bien faite n'a pas cet inconvénient et qu'elle n'est par conséquent nullement contre-indiquée.

Dans tous les cas que M. Maygrier a eu à traiter, il a recouru à l'expression et la guérison a été la règle. L'excellence de l'expression n'est donc plus à démontrer bien faite et pratiquée pendant tout le temps nécessaire, elle constitue le seul traitement véritablement efficace de la galactophorite.

(Le concours médical.)

PEDIATRIE

Traitement prophylactique des ophthalmies purulentes des nouveau-nés par l'amniot.

par M. THOMIN.

L'ophthalmie des nouveau-nés est une affection de la plus haute gravité puisque près du tiers des aveugles doivent leur infirmité à cette cause. Aussi comme le fait remarquer M. Thomin, la prophylaxie et la thérapeutique précoce et énergique de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés doit-elle être la préoccupation constante de l'accoucheur. Après avoir rapidement retracé l'étiologie et la pathogénie de cette affection, d'origine gonococcique dans 58 p. 100 des cas l'auteur montre que le traitement prophylactique idéal consisterait à placer les yeux de l'enfant à l'abri de tout agent infectieux, et cela depuis le moment où l'œuf humain est ouvert jusqu'après le 20^e jour au moins à partir de la naissance. Pratiquement, l'emploi des méthodes antisoptiques, visant à obtenir l'asepsie de l'appareil génital de la mère avant l'accouchement et de l'appareil oculaire fœtal pendant et après l'accouchement, réalise ce programme à condition que l'agent employé soit à la fois actif, facile à appliquer et inoffensif. La solution d'aniodol à 1 pour 4000 qui n'est autre qu'une solution de triméthanal (rendu soluble par un procédé spécial) répond à ces desiderata. Immédiatement après la naissance et avant la ligature du cordon on procède à un rapide savonnage des deux régions oculaires et des parties voisines, on enlève l'excès de savon à l'eau distillée, on écarte les paupières de l'enfant et l'on exprime sur sa cornée quelques gouttes de la solution dont on a préalablement imbibé un tampon d'ouate hydrophile. Les mouvements des paupières entraînent ensuite le liquide sur toute la surface conjonctivale. Sur 940 enfants ainsi traités, 7 seulement ont présenté de l'ophthalmie purulente qui a du reste rapidement cédé à des lavages à l'aniodol pratiqués toutes les deux heures.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Des nodosités rhumatismales chez les enfants

par M. DAVICION.

Les nodosités rhumatismales, surtout, fréquentes chez l'enfant sont constituées par de petites masses, de consistance ferme, élastiques parfois dures et osseuses, sous-cutanées, tendineuses ou périostiques, ayant pour caractère d'apparaître toutes en même temps ou par poussées successives en laissant intacte la peau sous-jacente et en se résorbant sans suppurer.

M. Davicion fait ressortir le rapport de fréquence qu'elles présentent avec les complications cardiaques rhumatismales, la bactériologie l'anatomie pathologique, ni la clinique ne peuvent l'expliquer, mais il existe en

fait d'une manière si étroite que la présence de ces nodosités au cours d'un rhumatisme infantile doit modifier le pronostic et éveiller l'attention du praticien.

La liqueur de Fowler employée à doses progressivement croissantes associées à l'iodure de potassium constitue en pareil cas le traitement de choix.

(Ibid.)

Traitement de la fièvre typhoïde infantile etude comparée des diverses médications

par M. DURIEUX.

Dans une thèse très complète, accompagnée de courbes thermiques, M. Durieux pose en principe qu'il n'y a pas de traitement spécifique de la fièvre typhoïde infantile et qu'il faut lui opposer une thérapeutique électorique. Malgré toutes les déceptions qu'elle nous a données l'antisepsie intestinale, si séduisante au point de vue théorique, peut néanmoins sous forme de purgatifs associés au non au benzonaphtol lutter avec avantage contre la dothiéntérie infantile à forme légère.

La médication antithermique comprend deux ordres de moyens : la balnéothérapie, les agents médicamenteux. C'est surtout l'état du système nerveux du petit malade; torpeur, méningisme, arythmie cardiaque, bien plus que sa courbe thermique, qui réclamera ou non la balnéation froide, tiède ou chaude. Mais il est des cas légers et moyens, et ce sont eux qui constituent la grande majorité dans la dothiéntérie infantile, qui sont justiciables de la quinine à dose fractionnée ou massive, médicamenteusement qui constitue un sédatif nerveux, un antithermique puissant et peut-être même un spécifique du bacille d'Eberth.

(Ibid.)

L'allaitement mixte.

Le docteur Raphaël Raimandi, de Paris, le recommande de préférence à l'allaitement artificiel. Les deux faits, celui de la mère souvent peu riche si celle-ci est cardiaque, albuminurique, anémique, et celui stérilisé qui n'a plus de zymases digestives se complètent admirablement. Les avantages sont considérables : satisfaction de la mère qui nourrit son enfant, et en cas de diarrhée, ou de troubles digestifs, cessation momentanée du lait stérilisé. Nous avons aussi souvent constaté que des enfants buvant du lait maternel insuffisamment chargé de phosphates, ne perçaient pas des dents, qui ne tarde pas à apparaître après quelques semaines d'allaitement mixte.

Un autre avantage, c'est la digestion plus facile du lait stérilisé, par suite de l'absorption du lait maternel contenant les zymases.

En principe, toute mère, même peu fortunée, devrait pouvoir, à moins d'affection organique grave,

donner uniquement le sein au moins pendant deux mois ; à ce moment si les conditions sociales exigent qu'elle travaille, l'allaitement mixte bien conseillé, donnerait les meilleurs résultats. C'est à l'Etat et aux Municipalités d'être plus larges dans la distribution des secours aux mères qui nourrissent, c'est ce que, avec juste raison, réclame P. Strauss dans son nouveau projet de loi (décret 1899).

(Le corresp. méd.)

Contribution à l'étude des injections ombilicales chez le nouveau-né

(par M. Bouvier.)

La chute du cordon chez le nouveau-né laissé ordinairement après elle une solution de continuité dans les téguments de l'ombilic. Cette plaie, dans la pluralité des cas, de dimensions extrêmement réduites, n'en constitue pas moins une porte d'entrée pour les agents pathogènes.

M. Bouvier rappelle qu'on doit abandonner définitivement et complètement tous les pansements humides, autrefois proconisés, dont l'inconvénient est de retarder la chute du cordon et, par ce fait même, d'augmenter ses chances d'infection.

Les pansements du cordon seront toujours précédés d'un nettoyage rigoureux et antiseptique de la région ombilicale ; ils devront être faits au moyen de substances stérilisées, sèches, par des mains parfaitement aseptisées.

Les langes et vêtements destinés à l'enfant devront avoir été préalablement passés à l'étuve.

Les précautions les plus minutieuses seront prises pour éloigner du nouveau-né toutes causes d'infections au nombre et en tête desquelles il faut placer le contact et même le simple voisinage de personnes infectées.

Après la chute du cordon, on surveillera très attentivement la région ombilicale et l'on ne cessera les pansements que lorsqu'on se sera assuré qu'au fond de l'ombilic n'existe plus la moindre plaie capable de servir de porte d'entrée à tous germes pathogènes quelconques, susceptibles d'amener des complications.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

MALADIES VENERIENNES

Traitement du chancre mou

MM. Moeller et Muellierne, de Stockholm, ont publié dans le Livre jubilaire de Kaposi, de Vienne, les résultats de leurs études comparative sur les traitements du chancre mou par les corps pulvérulents et par la chaleur rayonnante.

On sait que l'ulcère chancreux n'est dangereux

qu'aussi longtemps qu'il est virulent. Les auteurs ont pris comme mesure de la valeur des remèdes essayés, le temps nécessaire pour obtenir la virulence qu'ils ont contrôlée par des inoculations. Ils ont successivement mis en expérience les poudres suivantes : iodoforme, europhène, nasophène, iodoformogène, dermatol, xéroforme et tannoforme.

Les meilleurs résultats ont été ceux obtenus avec l'iodoformogène.

Avec lui le temps moyen pour obtenir l'abstersion a été de 4 jours un quart, tandis qu'avec le dermatol et le xéroforme le même résultat n'a été obtenu qu'en 11 jours.

La méthode de traitement par la chaleur rayonnante d'Audry, donne des résultats supérieurs à l'emploi des poudres seules.

Pour les auteurs, la vraie méthode de traitement du chancre mou est l'emploi de la chaleur rayonnante suivie de pansements à l'iodoformogène.

Les expériences ont porté sur 328 cas. Chez 82 malades on avait employé l'iodoforme et 5 fois il est survenu de l'eczéma iodoformique. Par contre, on a mis en usage dans 94 cas l'iodoformogène et les auteurs n'ont constaté qu'une seule fois de l'exanthème médicamenteux. L'iodoformogène a l'avantage de pouvoir être stérilisé et d'être presque inodore.

(Le concours médical.)

Traitement de la gonorrhée

Bleicher (*Wein méd. Woch.*) recommande le traitement suivant contre la gonorrhée. Le patient reste au lit pendant dix jours avec de la glace sur le pénis et prend deux fois par jour du baume de copahu. Le onzième jour, on abandonne le baume de copahu pour avoir recours aux injections de permanganate de potasse à 10/100. Pendant la première semaine, les injections sont pratiquées trois fois par jour et pendant la seconde semaine quatre fois par jour. Le liquide est retenu pendant dix minutes. A ce moment l'écoulement est devenu catarrhal et on remplace le permanganate par des injections astringentes de sulfate de zinc et d'alun. Les malades sont habituellement guéris après une semaine de ce dernier traitement.

Bleicher attribue son succès à l'application de la glace qui empêche la multiplication des gonocoques.

(La Vie Médicale.)

Myovite gonorrhélique

Ware (*American Journal of med. Sc.*), a pu démontrer l'existence des gonocoques dans les muscles enflammés. Il s'agissait d'un homme de 35 ans avait contracté la blennorrhagie deux mois auparavant et

avait souffert un mois après la douleur dans le genou et dans l'épaule. L'abduction passive du bras déterminait un spasme des muscles adducteurs. Un empatement s'étant manifesté dans les muscles postérieurs de l'aisselle, une incision fut pratiquée à ce niveau mais ne donna issue qu'à un peu de sérosité. Des tubes d'agar sucré et de bouillon sucré restèrent stériles après ensemencement, mais on réussit à déceler la présence de diplocoques qui n'étaient autres que des gonocoques. Une coupe du muscle montra qu'il était atteint d'inflammation interstitielle, la prolifération du tissu connectif était si grande qu'il comprimait les fibres musculaires.

(La vie méd.)

La ligue contre la syphilis

La ligue contre la syphilis, fondée pour lutter contre la syphilis vient de prendre peur du mot et de s'appeler Société de prophylaxie sanitaire et morale. Ce dernier titre nous paraît aussi long que peu clair. En tous cas il ne fera plus peur à personne. Malgré ces hésitations la ligue est fondée sous la haute autorité du professeur Fournier. Dans la dernière séance ont été adoptés les vœux suivants :

1° Il serait à désirer que, dans les centres scolaires, les jeunes gens des classes supérieures fussent éclairés sur les dangers des affections vénériennes par un enseignement spécial ;

" Cet enseignement spécial, sans blesser en rien la morale, pourrait être fait à tous les élèves âgés de plus de seize ans, avec l'autorisation de leurs parents ou tuteurs."

Cette première conclusion a été adoptée à l'unanimité, ainsi que les propositions suivantes qui la développent et la complètent ;

2° Cet enseignement spécial pourrait consister en une conférence faite annuellement, soit par un professeur faite annuellement, soit par un professeur, soit plutôt par un médecin, désigné spécialement à cet effet par les autorités compétentes.

Il trouverait naturellement place dans le cours élémentaire d'hygiène (notamment au chapitre des maladies évitables), cours qui est ou devrait être professé aux élèves de cet âge dans tous les établissements scolaires ;

3° Il appartient au discernement de MM. les directeurs d'établissements scolaires d'apprécier s'il y aurait ou non avantage de substituer au système de la conférence annuelle celui d'avertissements personnels, d'entretiens, de causeries quasi paternelles avec leurs élèves sur le sujet en question ;

4° En tous cas, un complément de sauvegarde consisterait utilement dans la remise, à chaque élève, d'une *Instruction sur le péril vénérien*, instruction imprimée, conçue suivant le programme prophylactique et moral de notre Société, et approuvée par elle.

Il faut espérer que la ligue contre la syphilis marchera sur les mêmes traces que ces deux devancières, la ligue contre l'alcoolisme et la ligue contre la tuberculose. Ce sont en effet ces trois grands fléaux qui déciment notre pays.

(*La vie méd.*)

Thérapeutique et Matière Médicale

La strychnine en thérapeutique.

M. Fernel insiste sur la valeur thérapeutique de la strychnine, médicament aujourd'hui trop délaissé.

Dans le traitement du délirium tremens, l'opium, le chloral, le sulfonal, ne valent pas la strychnine; la thérapeutique rationnelle consiste dans l'isolement, l'alimentation, l'administration de la strychnine.

Dans la tuberculose, dans les formes adynamiques de la pneumonie, de la grippe, de la fièvre typhoïde, la strychnine donne aussi de bons résultats.

Elle peut être administrée, soit à l'intérieur, sous forme de sirop, soit en injections sous-cutanées, à la dose de 6 milligrammes.

(*Ibid.*)

Traitement de la choree.

S'il y a des antécédents rhumatismaux, le docteur Marfan donne :

Eau distillée.....	100 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	50 —
Salicylate de soude.....	} AA 6 —
Bromure de potassium.....	

Une cuillerée à dessert à chacun des trois repas.

Il est nécessaire de tenir les malades au lit et de les soumettre à un repos physique et intellectuel le plus complet possible. On arrive ainsi beaucoup plus rapidement à un résultat favorable.

(*Le Corresp. méd.*)

BIBLIOGRAPHIE

De la valeur comparative des procédés médicaux ou chirurgicaux et des exercices orthophoniques dans le traitement de certains vices de prononciation, par A. ZUND-BURGUET (12 pages avec 6 figures). Publication de *La Parole*, Institut de laryngologie et Orthophonie, 12, rue Caumartin, Paris.

L'auteur émet l'opinion que les exercices orthophoniques, basés sur la connaissance de la physiologie

des organes de la parole aussi bien que sur celle des sons du langage, sans jamais présenter aucun danger pour personne, sont, dans la plupart des cas, d'une efficacité absolue et c'est là un fait dont tout médecin en général, et laryngologiste en particulier, devront se laisser convaincre.

Rectification de la parole, développement des auditifs chez un sourd-muet, par A. ZUND-BURGUET (19 pages avec 1 figure). Publication de *La Parole*, Institut de laryngologie et orthophonie, 12, rue Caumartin, Paris.

Observation d'un sourd-muet chez lequel l'application de la méthode physiologique expérimentale a produit, en très peu de temps, des résultats très satisfaisants sous tous les rapports.

FORMULAIRE

CONTRE LA GRIPPE.

Antipyrine.....	2 grammes.
Teinture d'aconit.....	XII à XV gouttes.
Eau de tilleul.....	90 grammes.
Sirop de fleur d'oranger....	30 —

Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

(*Grasset*)

ICHTHYOL CONTRE LES BRÛLURES.

Ichthyol.....	10 à 25 grammes.
Eau distillée.....	100 —

Usage interne. Dans les brûlures des premier, deuxième et troisième degrés, appliquer une bande constamment imbibée de cette solution.

(*Gaz. des hôp.*)

BRONCHITE CHRONIQUE SIMPLES CHEZ LES ENFANTS.

Sulfate de soude.....	10 grammes.
Tartre stibié.....	0,05 centigr.
Sirop simple.....	10 grammes.
Eau distillée.....	120 —

A prendre en 4 ou 5 fois dans l'espace d'une heure.

(*COMBY, in Le corresp. méd.*)

Coq-à-l'âne médicaux.

L'apomorphine comme anesthésique. — Suivant le *Med. Summary*, six à dix gouttes d'une solution à 2

pour cent équivalaient à la cocaïne comme anesthésique, dans l'œil.

Broncho pneumonie chez l'enfant. — Chez les jeunes enfants, le docteur Caillé (*N. Y. Post-Graduate.*) prescrit des bains d'éponge tièdes ou des bains tièdes plusieurs fois par jour et il conseille fortement l'emploi du camphre, à la dose d'un demi grain, avec du sucre ou du chocolat, trois fois par jour; on peut l'administrer hypodermiquement: un comprimé soluble de camphre dans de l'huile d'amandes douces (une partie pour huit); en injecter cinq gouttes trois fois par jour.

Rayons X. — La bonne, à un cheminée à l'air bacchique qui stationnait sur le portique:

Entrez, le docteur veut vous voir en-dedans.

Le tramp: — Nenni, merci; il n'est pas pour essayer ses rayons X sur moi. Tata! (*Yonkers Statesman.*)

Blennorrhagie chez la femme. — Le pus d'une génitalité spécifique est alcaline: le papier litmus fera donc le diagnostic. (*Med. Times*)

Le lait d'éléphant. — Toutou: Sais-tu, mon oncle Batiste, qu'un enfant qui a été élevé avec du lait d'éléphant a pris vingt livres dans une semaine.

Son oncle Batiste: — Va, donc, c'est de la blague. A qui était le bébé?

Toutou: — A l'éléphant! (*Cin. Lan-Clin.*)

Adénites tuberculeuses du cou. — La tendance aujourd'hui se fait de plus en plus vers la non-intervention radicale, Parker Syms, de New-York, disait encore tout dernièrement, à la New-York Medical Ass.: "Une opération ne devrait être pratiquée que par absolue nécessité et même alors elle sera la plus conservatrice possible. L'ablation complète ne sera pratiquée que dans les cas qui auront résisté à tout autre traitement. Il est rare qu'une infection ganglionnaire infecte le système. Lorsque les glandes se ramollissent ou suppurent, elles doivent être curettées. Les patients devront vivre au grand air; ne jamais se surmener, rechercher le soleil, dormir dans une pièce bien ventilée, les châssis grands ouverts, mais devront s'habiller dans une chambre chaude. Les drogues sont rarement nécessaires, cependant si le sujet est anémique, on pourra donner du fer. Une alimentation riche et les bains froids sont préconisés.

Les pays chauds. — Le patient: — Que penseriez-vous, docteur, d'un climat plus chaud pour moi?

Le médecin: — Mon dieu, mon cher ami, c'est justement de cela que je voudrais vous sauver! (*Clin. Reporter.*)

Adénites cervicales. — H. H. Grant dit: La cause de l'adénite cervicale tuberculeuse est presque toujours

locale, et l'agent infectieux pénètre par la voie buccale. — Une glande qui continue à se développer, et surtout qui suppure, doit être enlevée en totalité. — Des ganglions multiples envahis indiquent une tendance constitutionnelle qui ne bénéficiera pas d'une intervention; celle-ci n'est indiquée qu'en autant que des dangers locaux l'exigent. Il en est de même des petites glandes à marche lente. (*Med. Record.*)

N.B.E.

NOUVELLES.

MARIAGES:—

A Montréal le 14 de ce mois, M. le Dr Arthur La-voie de Sillery conduisait à l'autel Mlle Hélène Le Boutilier.

— En cette ville le 9 courant, M. le Dr J. P. Roulier de Salem Mass., E. U. conduisait à l'autel Mlle Eva Smith, autrefois de Northley.

La bénédiction nuptiale a été donnée par le Rev. Chanoine Martin de l'Archevêché.

NÉCROLOGIE:—

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Léonard A. Fortin, décédé à Saint-Vincent-de-Paul le 9 courant à l'âge de 67 ans. Le docteur, qui fut un de nos distingués collaborateurs, naquit à Sainte-Scholastique le 18 août 1834 et fut admis à la pratique de la médecine en 1858.

Médecin de grand talent et en même temps homme de lettre, il fut appelé pendant ses moments de loisir à collaborer à une foule de publications littéraires, politiques et scientifiques.

En avril 1898, le gouvernement le nommait officiellement médecin du pénitencier Saint-Vincent-de-Paul.

Les funérailles ont eu lieu à Sainte Scholastique.

La famille de M. Fortin vaudra bien accepter l'expression de nos plus vives sympathies.

— Sir William Hingston, qui a célébré le 8 courant son cinquantième anniversaire à la pratique de la médecine, vaudra bien accepter nos plus sincères félicitations.

A cette occasion les citoyens de Montréal lui ont présenté son portrait peint à l'huile. Ce tableau est l'œuvre de M. J. Colin Forbes, un de nos artistes canadiens.

Travaux Originaux

KYSTES MULTIPLES ET TUMEUR FIBREUSE CON- GENITAUX COCCYGIENS.

par M. le Dr M. T. BRENNAN, (Montréal),
et M. le Dr CHOQUETTE, (Saint Hilaire).

Il y a quelques mois, nous opérions une petite fille de trois mois qui portait une tumeur caudale. (Fig. 1). Cette tumeur, pédiculée, est très dure, lisse, bien mobile, sans fluctuation ou rénitence, et porte, vers son centre, un petit polype un peu plus mou que le reste de la masse. Elle siège à la région coccygienne, est de la

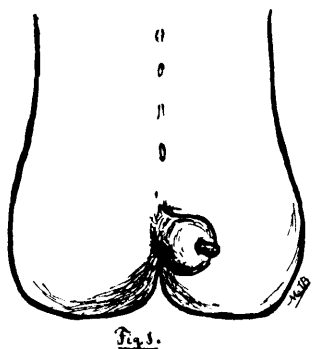


Fig. 1.

grosseur d'un petit œuf de poule, et est congénitale. Elle a augmenté depuis la naissance.

Par le toucher rectal, nous sentons que la muqueuse est soulevée par plusieurs petites tumeurs lisses, élastiques, de la grosseur de petites billes. (Fig. 2). La

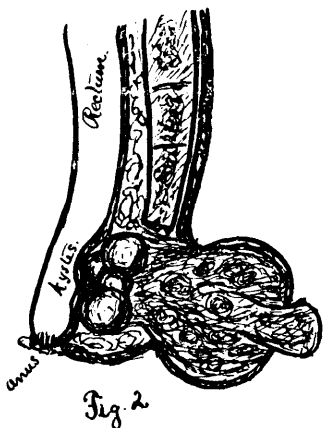


Fig. 2.

muqueuse est libre sur les tumeurs. On ne sent nulle part la présence d'os simulant le coccyx, qui paraît donc absent.

Nous pensons à des kystes multiples, et la dureté de la tumeur principale éliminant le spina-bifida, nous

penchons vers une tumeur fibreuse. Toutefois nous mettons un peu de réserve dans le diagnostic.

Pendant l'opération nous constatons que la tumeur est bien fibreuse, criant presque sous le scalpel ; le petit polype est plus mou et origine d'une façon imperceptible au milieu de la masse principale. (Fig. 2). Une fois la tumeur fibreuse traversée, nous tombons sur plusieurs petits kystes dont le contenu est incolore, gélatineux, ne présentant aucune trace de graisse : on ne voit aucune matière sébacée, poil ou autre débris d'épithélium organisé.

Après l'enlèvement de la tumeur, nous trouvons, de chaque côté de la plaie, deux plaques osseuses, vestiges tératologiques du coccyx.

Il n'y a aucune communication avec le canal rachidien. Les plaques osseuses sont excisées, la plaie curettée et drainée à la gaze iodoformée.

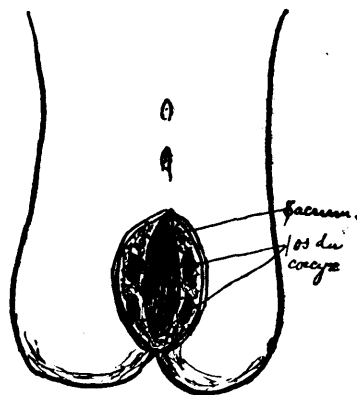


Fig. 3.

Quelques jours après son opération la petite est prise de coqueluche et meurt au bout de vingt cinq jours. La plaie était presque toute cicatrisée ; la suppuration avait été nulle.

L'histoire de la famille est excellente, et ne contient aucun cas semblable, ni aucun cas de monstruosité. La mère raconte que pendant sa grossesse elle avait eu peur d'une vache et qu'elle était tombée sur le siège — d'où, naturellement, l'appendice du bébé ! Impression maternelle caudale !

L'examen histologique de la pièce révèle dans la tumeur principale une nature purement fibreuse — non sarcomateuse avec gyres prononcées. Le polype central rétrocede vers le type plus embryonnaire, mais non kystique. La paroi kystique donne une structure des plus élémentaires : simple couche conjonctive lâche, tapissée de cellules épithéliales pavimenteuses très petites, jeunes ; aucune trace d'éléments glandulaires ou

d'épithélium corné ou organisé ; c'est plutôt le type muqueux élémentaire. Le contenu liquide des kystes n'a pu être examiné, ayant été perdu pendant l'intervention.

Les kystes n'avaient aucune communication directe avec les plaques ostéo-cartilagineuses, ni avec la muqueuse rectale : ils paraissaient faire suite directement à la tumeur fibreuse, tout en ayant conservé leur indépendance d'avec celle-ci. On ne trouve pas dans l'intimité de la tumeur de signes de dégénérescence kystique, le petit polype n'en présentait pas non plus.

Ces kystes, quoique n'offrant pas le type parfait du kyste dermoïde adulte, sembleraient être de cette nature, mais à une période tout-à-fait embryonnaire, puisque l'on ne peut accuser ni une origine intestinale, cartilagineuse, nerveuse ni vasculaire sanguine, ni une dégénérescence de la tumeur fibreuse. Y aurait-il eu évolution indépendante entre ces deux tumeurs, ou tout en éliminant toute phase inflammatoire — que ni la clinique ni l'examen histologique n'ont signalée un développement de cause à effet ? Nous ne le savons pas.

Revue des journaux

MEDECINE

Contribution au traitement diététique de l'hyperacidité.

Jusqu'à présent, on n'a encore pu établir d'une façon définitive quelle était l'influence des différents aliments sur la sécrétion chlorhydrique de l'estomac humain. Jürgensen pense, d'après ses dernières recherches que celle-ci n'est pas très considérable. Quand à Strauss, il a démontré que les graisses diminuaient plutôt cette sécrétion, alors que celles-ci la retarderaient simplement d'après Bachmann. Toujours est-il que les praticiens ont aujourd'hui tendance à délaissier le régime, autrefois conseillé dans l'hyperchlorhydrie, et qui consistait en une alimentation carnée presque exclusive, avec limitation des hydrocarbonés ; on obtient aussi bien la guérison, ou tout au moins l'amélioration de cette affection, en permettant les hydrates de carbone et les graisses à côté des albuminoïdes.

Le docteur von Sohlern expose à propos les résultats de son expérience personnelle dans le traitement des hyperchlorhydriques (*Berliner Klinische Woch.*)

Cet auteur avait, au début de sa pratique médicale, ordonné dans l'hyperchlorhydrie le régime exclusivement carné, mais il n'en obtenait pas de résultats satis-

faisants. Des expériences, répétées et prolongées pendant plusieurs semaines, lui démontrèrent que l'alimentation animale restait sans influence sur le taux de l'acidité, et il résolut de soumettre des personnes ne souffrant pas de maladies d'estomac, les unes au régime exclusivement animal, les autres au régime exclusivement végétal. Il trouva ainsi que la sécrétion chlorhydrique était moindre avec les hydrates de carbone qu'avec les albuminoïdes. D'après Sohlern, les hydrates de carbone n'étaient contre-indiqués que dans deux cas, dans la maladie de Reichmann (hypersécrétion continue), et dans les troubles notables de motilité gastrique ; quand ces derniers n'étaient que restreints, on pouvait permettre les hydrates de carbone en petite quantité et le beurre.

Depuis quinze années, cet auteur met en pratique ces données de l'expérimentation, et il a noté que dans la grande majorité des cas les hydrates de carbone non seulement sont très bien supportés par les hyperchlorhydriques mais encore concourent à la guérison de ces malades.

Il ne s'agit, bien entendu, que des hydrocarbonés, réellement nutritifs, et d'une digestion facile. La préparation de ces aliments joue un rôle important dans le traitement ; ils doivent être de consistance molle, de préférence sous forme de bouillies.

Parmi ces aliments liquides, il faut citer en première ligne les soupes à la tisane d'orge et d'avoine, de cacao, le chocolat, auxquels on peut mélanger du lait ou du bouillon léger. Les solutions sucrées sont spécialement indiquées dans l'hyperacidité (Strauss, Schüle, Verhagen) ; néanmoins, elles ne doivent pas être trop concentrées, afin que leur digestion ne soit pas trop longue et n'amène pas un dégagement gazeux trop considérable. Les préparations de légumineuses sont particulièrement bien supportées sous forme de soupes légères.

Le petit déjeuner du malade pourra très bien se composer de lait et de cacao ; on y ajoutera du beurre, de la crème, avec du biscuit et du pain.

Le repas principal se composera de potage aux légumineuses, de bouillon de riz, de nouilles au beurre, de macaroni, de purée de pommes de terre, avec de la viande de préférence grillée.

Les graisses de digestion facile, permettront de varier un peu le régime, et ne seront pas nuisibles dans les névroses gastriques et dans l'hyperacidité.

Dans certains cas où l'estomac était particulièrement excitable, où le taux de l'acidité était assez élevé, l'auteur ordonnait le régime calmant de Leube : cervelle poulet, pigeon, cuits et hachés, à la place des autres rôtis, et de plus il restreignait beaucoup l'usage de la viande.

Les hyperchlorhydriques sont souvent atteints de poldypsie ; on leur recommandera l'usage des eaux alcalines, l'eau sucrée. Comme boissons ordinaires, on permettra la bière, car elle renferme peu d'alcool et beaucoup de sucre ; les vins blancs, acides et riches en alcool

seront défendus ; on donnera de préférence du vin rouge en petite quantité. Le vin de Champagne sera généralement bien supporté, car l'action excitante de son acide carbonique sera paralysée par sa grande teneur en sucre.

Le malade devra, en outre, observer la plus grande régularité dans les heures de ses repas.

Nous ne parlerons du traitement médicamenteux de l'hyperchlorhydrie que pour citer l'atropine, vantée par Riegel et Schiff comme un agent modérateur de la sécrétion gastrique. Cette propriété particulière du médicament ne se vérifierait d'ailleurs pas dans tous les cas.

Simon a cherché les relations qui pouvaient exister entre la sécrétion gastrique et la sécrétion sudorale. Cet auteur estime que le bain de vapeur amène non seulement une diminution de la sécrétion gastrique prise dans sa totalité, mais encore une diminution de l'acidité totale et de l'acide chlorhydrique libre. La motilité gastrique ne serait pas influencée. Plus la transpiration est abondante, plus l'acidité est diminuée. Les bains chauds semblent indiqués dans le catarrhe gastrique acide (qu'on trouve chez les gros mangeurs) et dans la gastro-suc-corrhée. Ils ne conviennent pas à l'hyperacidité neurasthénique.

Les eaux minérales ne peuvent servir que d'une façon accessoire, car le véritable traitement de l'hyperchlorhydrie est constitué par un régime diététique approprié. On conseille, à ce propos, les eaux de Vichy, de Carlsbad ; mais ces dernières ne réussissent pas chez les neurasthéniques ; d'une façon générale, on recommande les eaux alcalines ou alcalino-salines. Mais, dit Riegel, les sources à chlorure de sodium ne sont pas indiquées quand il y a hypersécrétion gastrique, hyperacidité notable et hypersécrétion, ectasies et atonies marquées.

On a traité, ces dernières années, l'hyperchlorhydrie par le beurre et la crème. Un régime grasseux, dit Sohlern, est aussi bien contre-indiqué qu'un régime exclusivement carné. Ce qui est, en somme, préférable, c'est le régime composé d'hydrates de carbone facilement assimilables, car il s'agit non pas d'engraisser le malade, mais de faire disparaître le plus rapidement possible la névrose. Nous atteindrons ce but très facilement en instituant un régime diététique plutôt végétal, approprié à chacun de nos malades.

(Tribune méd. — Gaz. méd. belge.)

Traitement de l'urémie par les trois lavages

par le Dr HUCHARD

1. *Lavage de l'estomac.* — C'est celui qui est accepté avec le plus de difficulté. Mais, il ne s'agit pour nous que d'imposer notre autorité, et cette autorité vient presque toujours de la confiance que nous avons en nous mêmes, et que nous avons alors bien faire partager. Le malade peut être hyperchlorhydrique, et l'on sait qu'à

lors l'estomac renferme parfois des toxines d'une grande puissance, plus même que dans l'hypochlorhydrie. Dans un cas de ce genre, avec complication de contracture des extrémités, on est parvenu à isoler une substance toxique très active, coupable de tuer un lapin en quelques minutes. Voilà un poison convulsivant dont pourrait et devrait bien se passer l'intoxication urémique ! Et alors, quand l'estomac est dilaté et qu'il retient les toxines, ne pensez-vous pas que s'impose l'indication de le évacuer ? Inutile d'insister.

2. *Lavage des intestins.* — Il ne s'agit pas de lavements, qui ne vont pas assez loin, mais de lavages de ce qu'on appelle l'entéroclyse. Deux ou trois fois par jour, à l'aide d'une sonde longue et molle que vous introduisez profondément dans le rectum, faites pénétrer deux litres d'eau bouillie avec 7 à 8 grammes de chlorure de sodium par litre. De deux choses l'une : ou le malade gardera le liquide ou il ne le gardera pas. S'il le garde (surtout lorsque la quantité ne dépasse pas 600 à 1,000 grammes) c'est parfait, cette quantité d'eau finira par devenir diurétique et forcera la barrière rénale. S'il ne le garde pas, c'est encore bien, puisque votre injection devient réellement un lavage intestinal, et fait de l'antisepsie, bien autrement que tous les médicaments en ol.

3. *Lavage du sang.* — Il n'est pas question ici de l'introduction directe d'un liquide salin dans les veines. C'est là une opération délicate, difficile, dangereuse parfois, et j'estime que les injections sous-cutanées de 200 à 300 grammes et même de 500 grammes d'eau chlorurée (7 grammes de sodium pour 1,000 grammes d'eau bouillie), répétées deux ou trois fois par jour, agissent presque aussi bien. La quantité que l'on peut introduire dans l'hypoderme paraît toujours invraisemblable : contre une pyélo-néphrite infectieuse, d'une gravité exceptionnelle, on a pu injecter 2,000 grammes à la fois ; dans l'espace d'un mois, la malade, que j'ai suivie attentivement avec M. Bover et plusieurs médecins, a reçu en injections sous-cutanées 16 lit. 670, et en lavements 14 litres de sérum chlorurique à 7 pour mille, soit 215 grammes de chlorure. Sans doute tout n'a pas été absorbé ; mais la malade, qui a été en danger de mort plus de dix fois, a guéri contre tous nos pronostics. C'est là une puissante médication, puisqu'elle a pour résultat d'élever la tension artérielle, de favoriser la diurèse, d'introduire dans l'organisme une quantité assez considérable d'eau chlorurée.

Une remarque : on appelle cette eau chlorurée du nom très pompeux de "sérum artificiel." Soyons plus vrais, moins solennels dans nos désignons, et appelons simplement les choses par leur nom.

Telle est la médication de l'urémie par les "trois lavages." Elle m'a donné des résultats excellents, et je crois rendre service aux praticiens en la leur recommandant. Je la préfère aux vomitifs aux purgatifs qui peuvent par leur répétition affaiblir les malades, et qui ne remplissent pas complètement le but, aux "antiséptiques

intestinaux" qui n'antiseptisent pas, à toutes les drogues avec lesquelles on empoisonne parfois les malades déjà suffisamment empoisonnés. Je ne renonce pas aux purgatifs, aux vomitifs, et surtout à la saignée, le moyen héroïque dans certains cas. Parfois même, une large émission sanguine doit précéder les injections sous cutanées d'eau chlorurée ; elle doit les précéder, parce qu'alors l'absorption du liquide salin se fera plus rapidement plus complètement, et qu'elle contribuera ainsi à maintenir la quantité de la masse sanguine.

Dans un état morbide comme l'urémie caractérisé par l'intoxication de l'organisme, la formule la plus simple du traitement est celle-ci, qui indique à la fois ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il convient de faire : pas ou peu de drogues, qui peuvent encore intoxiquer, une médication rationnelle et antitoxique par les trois lavages. On répand moins d'ancre pour formuler, on écrit moins, on agit mieux. Et comme la thérapeutique marche toujours dans l'ombre des doctrines médicales, qu'elle veut être simplifiée, qu'elle doit être physiologique et pathogénique (ou elle ne sera pas), l'heure nous semble venue de procéder à sa réforme.

Les trois lavages ont été appliqués aussi au traitement de l'éclampsie gravidique qui n'est qu'une hépatourémie. Fochier, de Lyon, a surtout recours au lavage de l'estomac ; Porak, au lavage de l'intestin : le lavage du sang est communément employé, la saignée toutefois compte encore beaucoup d'adversaires.

(J. des praticiens.)

Des injections intra-trachéales vraies et directes dans le traitement des affections broncho-pulmonaires.

par M. DELOR.

M. Delor estime qu'il est rationnel d'utiliser la voie pulmonaire pour introduire des médicaments dans la circulation générale, et pour faire la thérapeutique locale des bronches et du poumon ; il appuie cette opinion sur ce fait que la parenchyme pulmonaire est perméable aux liquides. Il recommande de pousser au delà de la glotte l'injection intra-trachéale.

L'auteur propose à cet effet de se servir d'une longue canule courbée à sa partie moyenne, rectiligne à ses deux extrémités et adaptée à une seringue de 10 centimètres cubes. Cette méthode doit être préférée à la méthode intra-trachéale directe dans les cas de larynx irritable ; les médicaments employés doivent être dissous dans l'huile d'olive ou le sérum de Hayem stérilisés.

Les résultats obtenus par ce procédé ont été principalement de diminuer la sécrétion pulmonaire, de limiter les infections secondaires et, par suite, d'amener l'augmentation du poids du corps et l'amélioration de l'état général.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Les fausses cystites.

M. le Dr *Rochet*, de Lyon, a consacré une récente leçon clinique à l'étude des fausses cystites, dont nous retiendrons les points principaux.

Tout d'abord, M. *Rochet* insiste sur la nécessité de ne pas comprendre dans les cystites, les inflammations de l'urèthre profond prostatique. Ce que l'on appelle *le col* est, en réalité, la portion sphinctérienne uréthrale et l'orifice uréthro-vésical : ce n'est pas la vessie. En dehors de cette région, qui n'est pas la vessie, les inflammations sont rares, autrement dit, la cystite est rare.

Ceci posé, M. *Rochet* classe les fausses cystites en 4 groupes.

1° Uréthrites postérieures.

2° Prostatites chroniques.

3° Pollakiuries d'hypertrophie prostatique sans rétention.

4° Fausses cystites nerveuses.

La fréquence des mictions, la pyurie, la douleur, l'hématurie sont les symptômes caractéristiques des uréthrites postérieures. Le toucher de la prostate par le rectum et l'émission de pus par l'urèthre à la suite de toucher indiquent l'existence de la prostatite chronique, surtout quand la capacité vésicale est de plus de 100 à 150 gr. de liquide à la fois. L'absence de pus dans l'urine et la pollakiurie nocturne, sont habituelles dans l'hypertrophie prostatique. Le diagnostic est très important, car le traitement est variable selon la nature de l'affection.

1° *Traitement des uréthrites postérieures.* — Le vrai traitement de l'inflammation de l'urèthre postérieur, ce sont les instillations qui portent l'agent médicamenteux actif sur la lésion elle-même. Très employées depuis Guyon, elles peuvent se faire soit avec le nitrate d'argent à 1 % ou bien à 2 % au maximum, soit avec le sulfate de zinc à 1 % ; il semble que le sulfate de zinc donne de meilleurs résultats que le nitrate d'argent, qui peut parfois être capable de faire disparaître le gonococque et de rétablir une inflammation aiguë de la muqueuse.

Les grands lavages sans sonde, proposés pour les formes rebelles, ne servent à rien dans ces lésions localisées au col de la vessie ; ils ont de plus l'inconvénient de forcer le col vésical qu'ils traumatisent, si la pression du liquide est poussée trop loin et ils augmentent, au contraire, les phénomènes douloureux.

2° *Prostatites* — La conduite à tenir varie avec la nature.

a) La prostatite blennorrhagique doit être traitée par de grands lavages vésicaux, avec injection d'eau boriquée dans la vessie, ou avec une injection vésicale de permanganate de potasse en solution faible. Le malade

rejette alors, par la miction, ce liquide, mais, peu à peu, en arrêtant fréquemment le jet par pincement du canal, on force le liquide modificateur à pénétrer dans les glandules prostatiques.

b) La prostatite tuberculeuse relève d'un traitement tout différent ; les lavages et les sondages sont nuisibles : *il ne faut pas de manœuvres intro-urétrales.*

Si la lésion se borne à des granulations discrètes, il faut essayer la médication calmante.

Si le toucher révèle des noyaux caséux, il faut encore temporiser et ne pratiquer d'intervention chirurgicale que sur la demande du malade qui se sent trop tourmenté par les douleurs et le tenesme.

On interviendra alors par la taille périnéale, et non par la taille sus-pubienne.

3° *Hypertrophie prostatique à forme pollakiurique, sans rétention.* — Contre les symptômes d'irritation vésicale, il faut insister sur le traitement médical ; surtout chez les obèses, gros mangeurs, dont la prostate est en éréthisme pour le moindre excès.

Si les symptômes d'irritation sont continus, on pourra alors pratiquer des instillations avec une solution faible de nitrate d'argent. Il faudra varier, suivant les besoins, la nature du liquide, et remplacer, suivant les formes, le nitrate par une solution cocaïnisée ou par le protargol.

3° *Formes nerveuses.* — a) Dans les spasmes du col, d'origine purement névropathique, le traitement principal est la dilatation de l'urètre à haute intensité, faite soit avec la bougie en gomme, soit avec le Benique, (on emploiera jusqu'aux 24, 26 et même 30 de la filière Charrière).

S'il y a persistance des symptômes on peut alors penser à la résection du nerf honteux interne dans les cas graves.

Ou bien on utilisera la dilatation méthodique *localisée à l'urètre postérieur* au moyen des appareils spéciaux sont celui de Kollmann, sont celui de M. Rochet.

b) Si la cause de cette pseudo cystite réside dans une lésion médullaire, le traitement médical est le seul à employer ; on pourrait, cependant si les douleurs sont intolérables, conseiller la taille périnéale.

(*Le concours médical.*)

Conditions que doit remplir un appareil pour réaliser l'immobilisation parfaite de la hanche

Par Calot, (de Berck).

Les gouttières sont manifestement insuffisantes, même les appareils amovibles.

Le seul appareil qui permette d'arriver à une mobilisation très exacte de la hanche est l'appareil plâtré.

Mais les appareils plâtrés, tels que les font tous les chirurgiens, sont défectueux — ou plutôt ne sont pas assez précis —, si bien que dans les maladies où la hanche

a grande tendance à se déplacer, elle le peut dans la mesure de un à quelques centimètres.

Cette tendance après la réduction de la luxation congénitale de la hanche, après la réduction de la fracture du col fémoral, et surtout dans les formes rebelles de la coxalgie où la jambe, au début, tend à l'allongement et au contraire au raccourcissement à la fin de la maladie.

Les appareils plâtrés ordinaires sont défectueux surtout par leur partie supérieure.

Si l'immobilisation du fémur est assez facilement réalisée par un appareil embrassant la jambe jusqu'au pied inclusivement et même par un appareil s'arrêtant à l'interligne du genou, échancré en $\frac{1}{2}$ lune en avant et en arrière, par contre l'os iliaque n'est pas fixé dans les appareils plâtrés actuels, même lorsqu'on remplace la ouate par un caleçon, même lorsqu'ils sont bien serrés.

Je serais même tenté de dire que, plus ils seront serrés, plus l'enfant aura une tendance instinctive à déplacer son os iliaque, remontant ou abaissant son épine iliaque, parce qu'il échappera ainsi à la compression de l'appareil ; la projection de l'os iliaque oblique sur l'appareil étant plus petite que celle de l'os iliaque horizontal ; par conséquent l'enfant se trouvera d'autant plus à son aise dans son appareil qu'il se mettra dans une position plus oblique.

Le seul moyen d'empêcher ces déplacements de l'os iliaque, c'est d'enchasser les crêtes iliaques des deux côtés dans une gouttière profonde de l'appareil plâtré.

Pour créer ces gouttières, avant que l'appareil plâtré ne soit sec, on embrasse avec les 2 mains les $\frac{2}{3}$ postérieurs de la circonférence supérieure de l'appareil les pulpes des 4 derniers doigts des 2 mains se rejoignent presque en arrière, et, avec les 2 bords externes, on exerce une dépression profonde dans le plâtre, juste au-dessus des crêtes iliaque. Un aide creuse de même une dépression profonde devant les bords antérieurs des os iliaques.

Par les gouttières sus-iliaques, les mouvements d'ascensions de l'os iliaque sont empêchés ; mais son mouvement de descente aussi, grâce à la présence d'une gouttière au-dessus de la crête iliaque du côté opposé, l'un ne pouvant s'élever qu'autant que l'autre s'abaisse.

Les deux gouttières antérieures empêchent les mouvements de flexion de l'os iliaque.

L'appareil se relève d'un doigt au-dessus des gouttières latérales sur les fausses côtes.

Grâce à cet appareil très bien toléré, l'on obtient dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche, des fractures du col fémoral, et surtout des formes rebelles de la coxalgie, des résultats incomparablement supérieurs à ceux qu'on peut obtenir avec des appareils plâtrés ordinaires.

(*Congrès de chirurgie.*)

Pathogénie de la subluxation par elongation du radius chez les enfants

par M. DENUCE (de Bordeaux), (Soc. de chir.)

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la subluxation en avant du radius chez l'enfant. Aucune d'elles n'étant satisfaisante, j'ai fait un certain nombre de recherches qui m'ont conduit à proposer une hypothèse basée sur l'anatomie, sur l'existence du ligament spécial, dit "ligament carré de Denucé."

Il résulte de mes recherches que, chez les enfants âgés de plus d'un an, la pronation forcée plisse toujours le bord antérieur du ligament carré, de façon à lui faire affleurer le bord inférieur du ligament annulaire. Si on tire sur le radius, la laxité de l'anneau, la présence de cul-de-sac circulaire de la synoviale entourant la tête, permettent un abaissement facile de cette tête, et le pli inférieur du ligament carré descend au dessous du bord inférieur du ligament annulaire. En ce point, la synoviale est lâche, très mobile, n'est pas soutenue, et peut faire hernie entre les deux ligaments. Dès que la pronation se relâche, la partie herniée de la synoviale est pincée entre les deux ligaments. Ce pincement, très douloureux, incite l'enfant à ne plus tenter aucun mouvement, d'où l'impotence fonctionnelle. Mais, cette portion de la synoviale, pincée, comme étranglée, devient vite le siège de phénomènes irritatifs. Le liquide exsudé à sa face interne amène une augmentation de volume, une tension qui, au bout de douze ou quinze heures, sera déjà sensible à la palpation. Malgaigne, qui considérait cette saillie comme due au déplacement de la tête du radius en avant, avait bien remarqué, d'abord, qu'on ne la trouvait pas toujours, ensuite que le point le plus douloureux à la pression était au-dessous et en dedans de la tête du radius.

Ainsi, par la hernie de la synoviale, s'explique la divergence entre les symptômes notés par les auteurs, l'absence ou la présence de la tumeur, due soit au volume de la hernie, soit à l'ancienneté de l'accident.

Si maintenant on intervient, par l'extension, en maintenant la pronation, on fait bailler davantage l'orifice de sortie de la hernie, et on lève en quelque sorte l'étranglement. La supination forcée, en tendant le bord antérieur du ligament carré, en faisant remonter les plis qu'elle efface, fait rentrer la hernie; la flexion concourt à ce résultat en exagérant l'élévation du bord antérieur du ligament carré. Et des lors, tout rentre dans l'ordre.

Les guérisons spontanées, si fréquentes, s'expliquent sans peine avec cette théorie. Tout mouvement, actif ou passif, de supination, en tendant le bord antérieur du ligament carré, pourra faire rentrer la hernie, si elle n'est pas trop volumineuse. Les légers accidents d'arthrite qu'on a signalés dans les cas de non-réduction auraient leur point de départ dans les phénomènes d'irri-

tation dus à l'étranglement de la partie herniée de la synoviale.

Chez les sujets plus âgés, l'anneau du ligament annulaire est plus serré, surtout à son bord inférieur et ne permet guère l'abaissement du radius. Enfin, la synoviale perd sa laxité. C'est sans doute pourquoi l'accident ne se rencontre que chez les jeunes enfants.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Du rein mobile. Indications thérapeutiques et opératoires.

par le Dr BAZY.

(Suite)

Quelle est, maintenant, la cause des douleurs? Mlle Rosenthal nous dit que la douleur est due à la congestion du rein.

Elle met de côté les cas de rein mobile avec hydro-néphrose intermittente qui sont à part et dans lesquels la douleur est due à la rétention d'urine dans le bassin; elle pense que personne n'a songé à faire jouer un rôle à cette congestion pour expliquer les douleurs. Cette congestion était néanmoins connue et acceptée; M. Potain dit que la congestion rénale est aussi facile et aussi intense que la congestion pulmonaire.

Mais il faudrait démontrer cette congestion dans les cas de rein mobile douloureux. Sans doute, les reins les plus douloureux ne sont pas les mobiles, et on peut voir des reins très mobiles n'être pas douloureux et être en effet, découverts par hasard. Quand on observe une néphroptose double, on peut constater qu'un rein est douloureux et que l'autre ne l'est pas, alors qu'ils ont la même mobilité. Mais on peut voir aussi, dans ces cas, les deux reins également ptosés avoir un volume égal, et cependant l'un d'eux est seul douloureux, l'autre ne l'est pas, ou il est quelquefois douloureux spontanément et à la palpation, quelquefois douloureux spontanément sans l'être à la palpation. Bien plus, quand on fait la néphropexie dans ces conditions, l'aspect, la coloration et la consistance du rein prouvent qu'il n'est nullement congestionné.

Nous ne pouvons donc admettre, dans ce cas, la congestion.

Nous l'admettrions, au contraire, et nous irions même plus loin, nous admettrions l'inflammation, la néphrite et la périnéphrite dans les cas où le rein, encore caché en partie dans le flanc, sous les fausses côtes, est perceptible dans une étendue plus ou moins grande de la surface.

Mais, dans ce cas, ce n'est plus un rein mobile, c'est un rein ptosé, ou plutôt en apparence ptosé; on le per-

goit parce qu'il a grossi, et c'est pourquoi il est douloureux.

Que le massage agisse bien dans ce cas, nous n'y contredisons pas ; mais voyez avec quelle précaution il doit être pratiqué, car il est douloureux au début. Ne croirait-on pas avoir affaire à une entorse ou à une fracture péri-articulaire, dans lesquelles le massage, douloureux au début, quand il y a des phénomènes inflammatoires, devient ensuite indolent et est de plus en plus facilement et rapidement supporté.

En résumé, pour ce qui me concerne j'attribuerai plus volontiers la douleur aux tiraillements exercés par le rein prolapsé et mobile, sur les nerfs en particulier sur ceux qui viennent du grand sympathique d'où l'explication des troubles quelquefois profonds et graves de la nutrition.

Le traitement de ces accidents n'est évidemment pas toujours le même. Je proscriis de toutes mes forces ces ceintures diverses passées au milieu du corps avec une pelote qui est censée maintenir le rein et qui n'a jamais servi qu'à maintenir des erreurs de diagnostic.

La seule ceinture rationnelle est la ceinture hypogastrique sous forme de sangle, dite sangle de Glénard, avec ou sans pelotes à air dans les régions inguinales.

Mais, souvent, ces ceintures sont insuffisantes, c'est alors que je propose et fais la néphropexie.

Le critérium de l'indication de la néphropexie est pour nous la douleur et surtout la douleur dans la station debout et dans la marche, non soulagée par la ceinture.

Les autres symptômes et, en particulier, les troubles gastriques ou gastro-intestinaux ne constituent pas pour moi une indication, et c'est peut-être dans ces cas qu'ayant appliqué la néphropexie, on a eu des succès. Je n'attache de l'importance aux troubles gastriques et je n'en fais une indication de néphropexie que quand ces troubles ont résisté à tous les moyens thérapeutiques usités en pareille circonstance.

L'influence de la néphropexie, dans ces cas, est tout à fait démonstrative et j'ai signalé des malades tout à fait cachectiques avant l'opération, revenus à la santé après l'opération, et c'est cette catégorie de malades que j'ai cru devoir ranger sous le nom de malades atteints de *cachexie néphroptosique*, pour bien indiquer l'état dans lequel ils se trouvaient.

C'est donc la douleur qui me guide pour l'intervention opératoire dans le cas de néphroptose double, et j'ai, dans ce cas, fait trois fois la néphropexie à gauche parce que seul le rein gauche était douloureux, et je m'en suis bien trouvé.

Le procédé de *néphropexie en hamac* que j'emploie donne, au point de vue de la récidive, toute garantie. Il réduit au minimum le traumatisme sur le rein et il a en outre, un avantage, c'est de relever et soutenir le colon, ce qui, dans quelques cas, paraît devoir être nécessaire.

J'ai revu une malade qui avait sauté de la hauteur

d'un premier étage et dont le rein était resté fixé.

J'en ai vu d'autres dont le résultat opératoire et thérapeutique se maintient depuis douze et dix ans et qui n'ont pas eu besoin d'avoir recours à d'autres pratiques ou à d'autres interventions sanglantes ou non.

Assurément, les malades néphropexiés ne sont pas à l'abri des troubles gastro-intestinaux ultérieurs : j'en ai vu, mais l'une de celles que j'ai vues et qui avait retiré un bénéfice extraordinaire de la néphropexie gauche et qui avait eu, deux ans et demi après l'opération, des troubles gastriques, ne souffrait pas du tout de la même manière qu'avant mon intervention. C'est pourquoi, sans vouloir nier, tant s'en faut, les bienfaits du massage je dirai que j'en ai vu des résultats nuls, qu'il ne peut pas remplacer la néphropexie, quand elle est indiquée, et que les cas où la néphropexie n'a pas donné de bons résultats étaient des cas où elle n'était pas indiquée, ou bien avait été faite incorrectement.

(Gaz. de gyné.)

Du fibrome utérin. — Ses complications

On doit comprendre sous la désignation générale de *fibrome utérin* une variété de néoplasmes se développant dans l'épaisseur du muscle, sous la forme d'une tumeur indépendante constituée des mêmes éléments histologiques que l'organe lui-même : faisceaux musculaires lisses réunis par du tissu conjonctif vascularisé. C'est là une production néoplasique bénigne, locale, ne pouvant avoir sur l'organisme d'autre influence prédominante que celle qui résulte de ses modifications. Celles-ci peuvent amener des accidents nombreux dont la gravité échappe souvent en pronostic de praticien.

Le fibromyome utérin a un caractère spécial à l'utérus : sa multiplicité. Nous avons rencontré souvent huit, dix, quinze, noyaux distincts, de volumes différents, logés dans le parenchyme utérin ; il y a quelques années nous avons opéré l'ablation d'une masse énorme constituée par cinquante-quatre noyaux fibreux de toutes dimensions.

Si, dans certains cas, on peut constater une véritable éruption de noyaux fibreux, ici cette multiplicité n'implique pas nécessairement la malignité, tout au début.

La forme de ces tumeurs est des plus variables. Au début, elles se présentent comme des petits corps étrangers au milieu du muscle utérin. Elles sont entourées d'une couche de tissus cellulaires lâches, ce qui permet leur énucléation plus ou moins facile. Si ces tumeurs augmentent de volume, l'accroissement se fera dans la direction des moindres résistances. Si nous signalons la possibilité de formation de noyaux secondaires sur les tumeurs primitives, on comprendra les aspects et formes variables et étranges que prennent les tumeurs fibreuses volumineuses. Elle peuvent arriver à former

des tumeurs de volume fantastique, les plus volumineuses que l'on puisse rencontrer dans l'organisme : on en cite de 30 et 40 kilogrammes ! mesurant jusqu'à 1m40 !

La coupe d'un fibrome donne une surface de section blanche, d'un aspect lamelleux ; elle semble formée de noyaux multiples séparés par des espaces cellulaires ; la nature fibreuse est d'autant plus pure que la coupe est blanche, si celle-ci devient mate, ou rouge, si la masse est molle, nous aurons prédominance de l'élément musculaire.

Nous admettons que le fibrome ou fibromyome fait partie intégrante du muscle utérin à son origine. A mesure qu'il prend du développement, il s'en isole pour former une tumeur indépendante, de laquelle s'isolent les fibres musculaires utérines pour lui former une loge, une capsule. Peu à peu du tissu cellulaire lâche s'amasse entre la tumeur et la capsule. Cette particularité anatomo-pathologique permet souvent au chirurgien de pratiquer l'énucléation de la tumeur après incision de la capsule. La littérature cite même des faits d'énucléation spontanée.

Les connexions vasculaires sont au début très intimes entre la tumeur et les parois utérines, puis par atrophie des éléments musculaires et conjonctifs, le néoplasme s'isole dans sa capsule ; l'oblitération consécutive des vaisseaux fait que généralement le fibrome encapsulé ne présente plus que très peu d'éléments vasculaires sanguins. Cependant, on peut observer des cas dans lesquels les connexions restent très intimes entre le fibrome et la paroi utérine ; il n'y a pas de démarcation nette entre la tumeur et le muscle, il semble que c'est celui-ci même qui a subi la transformation myomateuse. Ces détails ont, on le conçoit, grande importance au point de vue chirurgical.

L'accroissement du fibrome se fait par multiplication intrinsèque de ses éléments ; si généralement cet accroissement est lent, régulier, certaines causes peuvent cependant déterminer une augmentation rapide de volume et l'apparition d'accidents graves.

Le fibromyome, dans le cours de son évolution, peut subir des altérations dans sa structure intime, qui constituent pour le néoplasme de véritables maladies.

C'est pour attirer une fois encore l'attention du médecin sur ces nombreuses altérations du fibrome utérin que nous revenons sur ce sujet.

Spencer Wells a dit qu'on a constaté souvent la disparition du fibrome après la ménopause. Hégar et Lawson-Tait pratiquèrent la castration ovarienne bilatérale dans le but de provoquer, par une ménopause anticipée, l'atrophie de la tumeur.

Si nous parcourons la littérature et si nous épluchons les observations détaillées, surtout celles publiées pendant ces dernières années, nous verrons que c'est précisément à l'époque du retour d'âge, entre 40 et 50 ans, que les fibromes déterminent le plus fréquemment

les accidents, appellent l'intervention chirurgicale. Lawson-Tait lui-même a écrit que la présence du fibrome retarde souvent indéfiniment le retour d'âge, et il a cité des faits dans lesquels il fut obligé de pratiquer l'ablation des annexes pour remédier aux hémorragies menstruelles, à l'âge de 55-60 ans.

Si donc en principe on peut admettre que la ménopause amène par oblitération ou atrophie vasculaire, la régression du fibrome utérin, on ne peut, d'autre part, perdre de vue que cette tumeur utérine recule le retour d'âge de plusieurs années pendant lesquelles les accidents évalueront et menaceront la santé et la vie des malades.

La diminution de volume de la tumeur se fait par transformation des éléments musculaires, le tissu conjonctif se condense, se raréfie, on assiste à une rétraction interstitielle du néoplasme ; il devient dur, fibreux, cartilagineux. Ce travail de transformation accompli, la tumeur est en état de repos, et peut rester telle pendant de longues années sans plus occasionner aucun trouble quelconque. On a signalé de ces tumeurs à l'autopsie de femmes de 85 et 90 !

Mais souvent ce n'est pas là le dernier stade dans les modifications de structure intime de ces tumeurs. Sous forme de traînées irrégulières, des matières calcaires se déposent dans les tissus, envahissant petit à petit toute la tumeur, soit à son centre, soit à la périphérie, la rendant dure, lourde, irrégulière et d'un poids souvent énorme par rapport à son volume.

Les calculs utérins observés autrefois n'étaient que des petits fibromes calcifiés que la nature expulsait spontanément au dehors. (Voir Hippocrate, Salius, etc.)

Ramollissement.—La prédominance du tissu musculaire dans le fibromyome donne à la tumeur une couleur rougeâtre, un état de mollesse qui peut s'exagérer au point que le diagnostic devient très difficile. Le tissu conjonctif interstitiel peut être réduit à d'infimes proportions ; la tumeur devient alors nettement musculaire et constitue ce l'on appelait autrefois la tumeur charnue ou le sarcome. Le ramollissement de ces sortes de tumeur peut être tel que l'on croit se trouver en présence d'un kyste et que plus d'un chirurgien y a enfoncé un trocart afin de vider la tumeur de son contenu.

Semblable ramollissement est dû à la nature même de la tumeur. Certaines modifications pathologiques peuvent amener le ramollissement dans le fibromyome : la dégénérescence graisseuse, l'œdème, les dégénérescences myxomateuse, kystique.

C'est à la transformation graisseuse des éléments musculaires que l'on attribuait la diminution ou la disparition du myome, après la grossesse. Gasserow avec raison avait observé que l'examen histologique manquait à la démonstration de cette hypothèse. Martin et Freund avaient trouvé cette dégénérescence au microscope ; mais malheureusement dans des cas où ils n'observèrent pas la régression de la tumeur. Cornil, en 1893, pré-

senta à l'Académie un travail qui mit la question au point. L'examen approfondi d'un myome utérin modifié par une grossesse de quatre mois, incoupçonné, lui fait admettre que, pendant la grossesse, le plus grand nombre ne faisceaux musculaires de la tumeur subit la même hypertrophie, la même congestion active que le restant de la paroi utérine. Les faisceaux musculaires atteints de cette suractivité nutritive, compriment les faisceaux interposés au point d'y arrêter la circulation sanguine. Ces faisceaux restent atrophiés et leurs cellules centrales se mortifient. A ce moment les vaisseaux des muscles hypertrophiés laissent sortir des globules blancs, qui deviennent de véritables phagocytes : ils se chargent des débris, des granulations protéiques et graisseuses des fibres musculaires privées de vie. La marche de cette altération aboutit à la disparition d'un certain nombre de lobules de la tumeur, et après l'accouchement lors de l'involution de l'utérus, il en résulte une atrophie, une disparition partielle de la tumeur.

(A suivre)

PEDIATRIE

Syphilis infantile hygiène et thérapeutique

Par le Dr. H. de Rothschild .

Les formes cliniques, les complications, la marche de l'infection syphilitique étant bien connues, nous n'étudierons ici que le traitement des lésions de l'hérédosyphilis. Pour ce faire, il convient de se placer à deux points de vue différents : 1° traitement du "débile" qu'est le plus souvent l'hérédosyphilitique ; 2° traitement direct de l'infection syphilitique (thérapeutique spécifique).

1° *Traitement de la débilité congénitale ou prématuration.*—La température moyenne du nouveau-né venu à terme et ne présentant aucun trouble est de 37,5°. Pour les prématurés nés de 6 à 8 semaines avant le terme, elle est de 36,81°.

Elle peut tomber à 34,33 et 32 degrés, soit spontanément, par suite de la lenteur avec laquelle s'accomplissent les échanges de toutes sortes entre les cellules, soit accidentellement, du fait du refroidissement de l'atmosphère ambiante. Mais l'organisme des prématurés a une capacité remarquable à supporter d'une façon prolongée la température subnormale. Wunderlich affirme qu'un adulte avec une température de 32 à 34 degrés ne peut vivre que quelques heures, alors qu'un prématuré peut vivre pendant des semaines avec une température encore inférieure à celle-ci. Mais il ne faut pas que la température s'abaisse au-dessous d'une certaine limite. Hahn, d'après des observations recueillies à la Clinique Baudelocque, estime que la température de viabilité minima est de 32° ; le professeur Budin, d'après un grand

nombre d'observations recueillies, soit dans le service des débiles à la Maternité, soit à la Clinique Tarnier, affirme que la mortalité des prématurés, dont la température est tombée au-dessous de 34 degrés est d'environ 95%. Mais il convient de faire une distinction au point de vue de la température du débile. En effet, le prématuré peut naître avec une température inférieure à 36°, mais ne tombant pas au-dessous de 30°. Il peut, dans d'autres cas, présenter au moment de sa naissance une température très voisine de 36, mais susceptible de s'abaisser les heures suivantes à 35, 34, 32 degrés. Cette chute de la température après la naissance est d'un pronostic infiniment plus grave que l'hypothermie congénitale, même très prononcée. D'autre part, l'abaissement de la température est d'un pronostic d'autant plus grave que le poids de l'enfant est plus faible. Ainsi les statistiques du professeur Bu lin donnent une mortalité de 98% pour les débiles pesant moins de 1.500 grammes et n'ayant que 32 degrés de température ; de 97,5% pour ceux pesant de 1.500 à 2.000 grammes, et de 75% pour ceux ayant un poids supérieur à 2000. Quant à l'hypothermie congénitale, elle est plutôt l'exception. Le prématuré se refroidit très rapidement, et si, par suite d'une inadvertance ou d'une imprudence, la température s'abaisse d'un ou deux degrés, il est très difficile de la relever.

L'hérédosyphilitique étant généralement un prématuré (35% des prématurés étant des syphilitiques) on doit, au moment de la naissance, éviter ou combattre suivant le cas, l'abaissement de la température. Il convient de donner au nouveau-né, le plus rapidement possible après la section du cordon, un bain chaud de 36 ou 37 degré et de l'y maintenir 4 à 5 minutes. Aussitôt après, il sera placé dans de l'ouate ordinaire cardée non hydrophile, puis placé dans une couveuse dont la température sera maintenue avec le plus grand soin à 32 ou 33 degrés. On veillera à ce que la couveuse soit placée dans une chambre bien aérée et chauffée à 18 ou 20 degrés, de façon à éviter le refroidissement quand on sortira le nourrisson de la couveuse, soit pour lui donner à téter, soit pour le baigner ou le changer. Si la température est inférieure à 36 et si elle tend à rester au-dessous de la normale, il convient de renouveler les bains chauds plusieurs fois dans les 24 heures ; l'addition d'un peu de farine de moutarde à l'eau du bain (bains sinapisés), donne souvent de très bons résultats et favorise la circulation périphérique. Si le nourrisson ne présente pas de lésions syphilitiques de la peau (syphilides ulcéreuses ou érythémateuses), on peut encore avoir recours aux frictions alcooliques, avec de l'eau de lavande, de l'eau de Cologne, etc., en ayant soin de ne pas laisser l'alcoolature s'évaporer trop lentement. Le professeur Budin recommande également de légers massages pratiqués avec de l'huile chaude ou avec de l'eau de Cologne, dans une chambre bien chauffée ou même devant le feu.

Alimentation.— La question est assurément une de celles qui préoccupent le plus le médecin. Elle est évidemment la plus embarrassante, car le lait de femme convient à l'hérédosyphilitique plus qu'à tout autre nourrisson. Quand l'enfant peut être nourri par la mère, les difficultés sont moindres, bien qu'il faille, dans certains cas, (hérédosyphilitiques débiles et prématurés) avoir recours à l'alimentation forcée, c'est-à-dire au gavage. Si la mère ne peut nourrir que partiellement, on est obligé d'avoir recours à l'allaitement artificiel. Certains auteurs ont proposé de donner à l'hérédosyphilitique une nourrice syphilitique. Mais le diagnostic est souvent difficile à établir pour le nourrisson qui peut comme nous l'avons dit plus haut, ne présenter aucune lésion syphilitique au moment de la naissance. La syphilis peut dans certains cas n'être que soupçonnée. Il ne saurait être question dans ce cas de confier le nourrisson à une femme atteinte de syphilis avérée. Dans aucun cas, a dit le professeur Fournier, le médecin ne doit autoriser l'allaitement par une nourrice saine. Dans certains services hospitaliers ou dans les familles où une surveillance des plus attentives peut être exercée, il est possible d'utiliser le lait d'une femme extrait artificiellement à l'aide d'une tétérèlle, et administré au biberon. Mais dans la majorité des cas, c'est à l'allaitement artificiel proprement dit qu'il faut avoir recours. De quel lait doit-on faire usage ? Telle était la question qu'on se posait il y a quelques années encore et à laquelle les praticiens répondait diversement suivant les résultats qu'ils avaient eux-mêmes enregistrés. Depuis bientôt dix ans, le professeur Budin fait usage, tant dans sa clientèle privée, de lait de vache stérilisé, pour alimenter artificiellement les nourrissons privés, pour une cause quelconque, soit partiellement, soit complètement, du lait de la mère ou de celui d'une nourrice.

Quand le nourrisson syphilitique ne présente qu'une affection atténuée, ou, comme nous l'avons dit plus haut éteinte, les résultats obtenus avec le lait stérilisé sont des plus favorables. L'enfant étant venu au monde à terme, ou très près du terme, avec un poids normal et un tube digestif bien développé, peut en quelque sorte être assimilé à un nourrisson sain. Il est à même de bien digérer le lait de vache stérilisé, pourvu qu'on le lui administre régulièrement et à des doses judicieusement déterminées. Mais dans la majorité des cas, le nourrisson syphilitique est né avant terme, ne pèse que 1,500 à 2,500 grammes et ne se trouve pas dans les mêmes conditions favorables que le nourrisson qui, né très près du terme, possède des organes plus développés et capables de fonctionner normalement. En effet, l'anatomie pathologique nous montre que la muqueuse gastro-intestinale et les glandes annexes du tube digestif, pancréas et foie, sont en voie de formation, et, le plus souvent, incapables de digérer le lait que l'on fait absorber au nourrisson, qu'il s'agisse de lait de femme ou de lait de vache stérilisé. Dès 1887, le professeur Budin s'était

demandé s'il ne serait pas possible de combiner en proportions raisonnables les éléments d'une nourriture vraiment assimilable, et d'ajouter aux aliments tel produit capable de suppléer à une sécrétion glandulaire insuffisante. Sur ses indications, son chef de laboratoire et collaborateur, le Dr. Ch. Michel, étudia la question de très près et finit par digérer artificiellement "*in vitro*" le lait de vache, à l'aide de macérations de pancréas de veau frais. Le Dr. Ch. Michel est parvenu ainsi à modifier les matières albuminoïdes du lait de vache et à les transformer en albumoses et en peptones, que le nourrisson parvient à assimiler très facilement. Utilisés d'abord expérimentalement chez des jeunes animaux, les laits modifiés, ou *peptones de lait*, sont aujourd'hui d'un emploi courant à la Clinique Tarnier et bien des prématurés de la clientèle privée du professeur Budin s'en sont admirablement bien trouvés.

Quand il est impossible de se procurer du lait peptonisé, on peut y suppléer dans une certaine mesure, en administrant au nourrisson, avant ou après la tétée, une cuillerée d'élixir de pepsine et de pancréatine et additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Soit : pepsine en paillette 1 gr., pancréatine, 1 gr., alcool, 5 gr., acide chlorhydrique, X gouttes, eau dist. 100 : une cuillerée à café avant chaque tétée. Malgré les perfectionnements apportés aux méthodes d'allaitement des nourrissons syphilitiques, les succès sont encore fréquents, bien que considérablement diminués. Le tube digestif à l'état normal, chez le nouveau-né sain et né à terme, est si fragile, si sujet à l'infection du fait des innombrables micro-organismes qui l'habitent, qu'on comprend aisément que les dangers sont infiniment plus grands pour le prématuré dont l'organisme tout entier est déjà frappé par une infection congénitale.

III. *Thérapeutique.*—La médication qui convient au nourrisson syphilitique est la médication spécifique de la syphilis, le mercure. Il peut être administré de différentes façons. Quelle que soit la forme sous laquelle on l'emploie, il est admirablement bien toléré par les nourrissons de tout âge, et il ne faut pas avoir peur des doses fortes qui n'exposent pas, comme chez l'adulte, à la salivation et à la cachexie mercurielle. Autrefois, on pensait pouvoir guérir la syphilis du nouveau-né en mercurialisant les nourrices ou les chèvres qui devaient donner leur lait aux enfants. Cette méthode *galactothérapeutique* est insuffisante et inutile. Il convient de mercurialiser l'enfant directement. On peut faire absorber le médicament soit par le tube digestif, soit par la peau.

1° Par la voie digestive, on administrera le mercure sous la forme de liqueur de Van Swieten que l'on donnera à la dose de 20 à 30 gouttes par jour (0g.0025 à 0gr.005 par jour) pendant le premier mois et de 40 à 100 gouttes (5 à 6 millig. par jour) les 2^e, 3^e et 4^e mois. Le lait sera le véhicule du médicament. Le protoiodure de mercure, à la dose de 1 centigramme par jour, peut être substitué au sublimé corrosif.

2° La voie cutanée est la plus sûre et la plus prompte. On prescrira une friction quotidienne de cinq minutes, avec un ou deux grammes (au plus) d'onguent napolitain. Il convient de changer chaque jour la place de la friction, pour éviter l'irritation des téguments. Ainsi les frictions auront lieu alternativement sur le thorax, le ventre, la face interne des cuisses sous le bras, sur les mollets, etc. On aura soin de bien laver la peau avant la friction, avec de l'eau chaude et du savon. On aura soin, une fois la friction terminée, de recouvrir avec de l'ouate hydrophile la surface cutanée, sans l'avoir essuyée. Pour faciliter le bon fonctionnement de la peau, et par suite l'absorption rapide du médicament, on donnera tous les deux jours un bain chaud et savonneux.

Un des modes de traitement les plus usités dans ces derniers temps est le bain de sublimé (Budini), administré une ou deux fois par jour, pendant une période plus ou moins longue, suivant la gravité de l'infection. Ces bains doivent être donnés dans des baignoires en bois ou émaillées; on les préparera en ajoutant à l'eau d'un bain simple, 1, 2, ou 3 grammes de sublimé, dissout dans l'alcool, de façon à former une solution à 1 pour 5.000, 1 pour 2000 ou 1 pour 1.000.

On pourra également employer des paquets préparés à cet usage, composés de sublimé et d'acétate d'ammoniaque à parties égales avec quelques centigrammes de substance colorante (bleu de méthylène ou carmin). Les bains de sublimé n'ont de contre-indication que lorsqu'il existe des surfaces ulcérées trop étendues. Les bains ont le double avantage de permettre à la peau d'absorber une quantité variable de mercure et d'aseptiser la peau, ainsi que les surfaces ulcérées.

Le traitement local des ulcérations spécifiques consistera en lavages antiseptiques, pansements antiseptiques avec poudre d'iodoforme, poudre d'oxyde de zinc ou poudre de talc, et en cautérisation ou nitrate d'argent.

En plus du traitement spécifique proprement dit, il conviendra de soumettre les petits malades à une hygiène appropriée: grand air, séjour à la campagne ou au bord de la mer, hygiène du tube digestif, isolement systématique, afin d'éviter la transmission de l'affection à des nourrissons sains, ou la contagion possible des affections de la première enfance (prophylaxie des maladies contagieuses), car on ne devra jamais perdre de vue, l'hérédosyphilitique est un *locus minoris resistentiae* et plus apte que tout autre à contracter les affections aiguës et les maladies transmissibles de la première enfance.

(Progrès méd.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Traitement des péritonites et des pleurésies tuberculeuses par les lavages d'eau stérilisée.

M. le Dr. René Mainot, de Paris, a consacré sa

thèse à l'étude du traitement des pleurésies et des péritonites tuberculeuses par les lavages d'eau stérilisée très chaude. Ses conclusions sont basées sur des faits de pratique personnelle et sur les travaux de MM. Debove, Caulet, Baylac, Castaigne.

Les péritonites tuberculeuses à forme ascitique et les pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses à épanchement très abondant et à tendance récidivante, guérissent sans récidive et sans pachypleurite ultérieure par les lavages de la plèvre à l'eau stérilisée chaude (Castaigne).

La pathogénie de cette thérapeutique est complexe.

Le lavage à l'eau chaude agit selon M. Mainot.

(A) En débarrassant la séreuse d'une certaine quantité de liquide toxique par la tuberculine qu'il contient.

(B) Par modification de leucocytes, augmentation de la vitalité de ceux qui sont déjà dans la plèvre, apport de nouveaux et particulièrement de polynucléaires.

(C) En diminuant la virulence des bacilles de Koch.

(D) En augmentant la perméabilité des séreuses malades, ce qui facilite la résorption du liquide qui peut y séjourner.

(Le concours médical.)

Les Injections de teinture d'iode contre le goitre

D'après la théorie du Dr Lenormand, la médication des injections iodées au cours des goitres est absolument sans danger, lorsqu'elle est pratiquée avec l'asepsie désirable et les précautions voulues.

Les inconvénients qu'elle amène à la suite: étourdissements, otalgie, dysphagie, courbature fébrile, torticolis ne sont que très passagers et cèdent rapidement.

L'injection doit être massive pour agir: il est nécessaire d'injecter dans les tissus une quantité assez considérable de liquide et non quelques gouttes, ainsi que la recommandation en est faite quelquefois. L'opérateur est seul juge de savoir, selon les accidents de la dernière injection, selon la douleur éprouvée sur le moment, s'il doit pousser l'injection entière ou seulement la demi ou le quart de la seringue.

Le traitement peut être employé contre toute espèce de goitre. Non seulement, il diminue la tumeur, mais encore il agit sur les accidents que sa présence détermine sur les voies respiratoires et digestives.

Le goitre kystique est un de ceux qui regressent le plus vite sous l'influence de la teinture d'iode.

Le traitement est toujours long pour les autres variétés. Il est d'autant plus court que le goitre est traité plus près de sa date d'apparition. Il est d'autant plus long que le goitre est plus volumineux et ancien.

La teinture d'iode agit en déterminant la formation de tissu fibreux dans l'intimité des tissus. Aussi reste-

elle sans action sur les tumeurs fibreuses et à plus forte raison calcifiées. Toute dégénérescence du goitre est donc un obstacle à l'efficacité de la méthode.

Les autres moyens thérapeutiques, tels que : pomade, iodure de potassium, teinture d'iode à l'intérieur, demeurent le plus souvent sans résultat.

En conclusion : la méthode des injections a pris rang dans la thérapeutique du goitre. Efficace dans tous les cas de tumeurs jeunes de dimensions moyennes, elle doit toujours être employée avant d'avoir recours à d'autres traitements qui, pour être radicaux et rapides, ne laissent pas moins d'entraîner avec eux, outre une cicatrice disgracieuse, des troubles de l'économie parfois fort graves.

(Le concours médical.)

Contre-indications du salicylate de soude

Pour MM. Barth et A. Martin (*Presse méd.*) sont absolues les contre-indications suivantes : 1° une *vulnérabilité anormale des centres nerveux* (neuropathie, grand alcoolisme), car il faut redouter alors le développement des grands accidents cérébraux salicyliques ;

2° Les *affections organiques du cœur*, ou du moins, celles qui entraînent des troubles sérieux de l'innervation et de la dynamique cardiaque, et qui prédisposent à l'adynamie et à la syncope (aortites ulcéreuses endocardites végétantes, dégénérescence du myocarde, etc.) ;

3° L'*imperméabilité rénale absolue ou relative* (néphrite scarlatineuse ou interstitielle).

A notre avis, ces contre-indications ne sont absolues que dans les cas où les conditions de la pratique médicale rendent impossible une surveillance médicale étroite (nous entendons par ce terme la possibilité de voir le malade deux ou trois fois par jour) ; sous une surveillance étroite, elles ne sont que relatives.

Sont relatives les contre-indications suivantes :

1° Les *états de grossesse*, à cause de l'état de la perméabilité rénale pendant cette période, à cause de l'action possible du salicylate de soude sur les fibres lisses. Nous partageons à cet égard le scepticisme de M. Roger et nous avons vu parfois administrer, avec ménagement le salicylate pendant la grossesse sans avoir noté d'incident appréciable :

2° La *vieillesse*, à cause de la fréquence à cet âge de l'artéro-sclérose et des scléroses viscérales, rénales en particulier ;

3° Le *rhumatisme récidivé avec complications viscérales* (péricardite, pleurésie, albuminurie, etc.

(*Ibid.*)

Du traitement de la sciatique par les injections de cocaïne intra et extra-durales

par le Dr LAPORTE.

Il semble que le procédé de choix du traitement de

la sciatique soit la méthode de la cocaïnisation par injection sous arachnoïdienne ou extra-durale. L'auteur établit une comparaison entre la méthode de Bier et la méthode de Sicard. Il adopte la technique minutieusement décrite par Brocard et conclut à l'avantage de cette dernière méthode. Plusieurs observations légitiment les conclusions de l'auteur.

(*Presse méd. — Gaz. méd. belge.*)

L'eau oxygénée

Depuis quelques années, on parle beaucoup, dans les cliniques chirurgicales, de l'emploi de l'eau oxygénée dans une multitude de cas, et les succès qu'on a déjà obtenus, par son emploi, encouragent de nombreux praticiens à y recourir.

Il faut donc bien la connaître et bien étudier les cas où son application est véritablement indiquée, pour savoir la manier avec profit.

Nous essaierons aujourd'hui de présenter cette étude résumée, en nous appuyant sur les données d'une récente clinique de M. le Dr. Just-Championnière, son principal promoteur.

I

CARACTÈRES DE L'EAU OXYGÉNÉE.

L'eau oxygénée, bien différente de l'eau oxygénée, est appelée par les chimistes peroxyde d'hydrogène (Thénard).

C'est une dissolution dans l'eau de ce peroxyde d'hydrogène que l'on emploie en pharmacie. La dissolution doit être telle qu'il y soit contenu de dix à douze volumes d'oxygène. "Telle qu'elle se présente dans le commerce, l'eau oxygénée est habituellement très acide. Cette acidité est due soit à l'acide chlorhydrique employé pour la fabrication, soit à l'acide sulfurique provenant de la fabrication ou, plus souvent, d'une addition volontaire destinée à assurer la conservation de la dissolution."

On en trouve parfois jusqu'à 3 ou 4 grammes par litre, parfois même 8 et 10 grammes. L'eau oxygénée ainsi acidulée est nuisible et douloureuse en applications. Une seule addition est permise et même efficace, c'est celle d'un peu d'alcool pur pour assurer la conservation de l'eau oxygénée.

L'eau oxygénée s'altère facilement du fait des matières organiques, poussières, débris qui voltigent dans l'air, et du fait de l'action de la lumière.

Si elle est très pure, la chaleur lui est moins mauvaise et elle supporte l'élévation de température, l'ébullition même, sans se décomposer.

Aussi, servez-vous de vases de petit volume protégés contre l'action de la lumière et de la chaleur. Mais ne conservez jamais un vase dans lequel un corps étranger a été introduit.

Pour une conservation prolongée, additionnez la d'une très petite quantité d'alcool, un demi pour mille, et bouchez le flacon avec de l'ouate.

En pratique, vous trouverez dans le commerce des eaux oxygénées à 10 ou 12 volumes. La chose est facile. Si l'eau avait perdu notablement de son oxygène; elle est moins satisfaisante, mais non pas sans action.

Si par malheur vous ne trouviez que de l'eau à 5 volumes vous pouvez vous dire qu'elle a encore une valeur sérieuse.

L'acidité de la liqueur est plutôt une condition favorable, toutefois il peut y avoir des circonstances dans lesquelles on doit employer une eau alcaline.

Crolas, de Lyon, conseille pour neutraliser l'eau oxygénée d'y ajouter une solution saturée de biborate de soude jusqu'à réaction alcaline au tournesol, puis d'ajouter à nouveau un peu d'eau oxygénée jusqu'à neutralisation exacte. L'acide borique libre favoriserait la conservation de l'eau oxygénée.

L'eau oxygénée à 10 ou 12 volumes est un des antiseptiques les plus puissants que l'on connaisse. Paul Bert, Regnard, Nocard, Mollereau, Chamberland, Bruns ont démontré expérimentalement sa puissance. M. Championnière l'a reconnue efficace là où tous les autres antiseptiques échouent.

Certains auteurs ont attribué à l'oxygène de l'eau oxygénée une action sur les microbes anaérobies, mais il est probable que cette substance agit aussi sur les aérobies et sur n'importe quelle espèce de microbes et de toxines microbiennes. L'action antiseptique de l'eau oxygénée est favorisée par l'acidité, par la chaleur et même par l'écoulement du sang.

Plus le sang coule et plus s'exerce cette action réductrice, plus l'oxygène naissant est mis en liberté.

C'est le contraire de ce qui se passe pour d'autres antiseptiques, le sublimé par exemple.

Dangers.—L'eau oxygénée introduite dans le sang, peut elle engendrer des embolis gazeuses? Rien ne le prouve. Evidemment, on ne doit pas faire d'abusifs lavages de la plèvre, dans le péritoine ou l'intestin avec un ou plusieurs litres d'eau oxygénée. Ce liquide ne se manie pas par litres, mais par petites doses, si l'on veut être assuré de n'observer aucun accident.

Quant aux douleurs qu'on l'a accusée de provoquer c'est encore une interprétation fautive donnée à l'excès d'acide que l'eau oxygénée contenait par suite d'épuration insuffisante. Le vagin, l'urèthre, les plaies de toutes les régions supportent fort bien le contact de l'eau oxygénée presque neutre. Pour la bouche, il vaut mieux alcaliniser l'eau oxygénée, si l'on veut qu'elle soit bien tolérée.

A l'action antiseptique très puissante de l'eau oxygénée, il faut ajouter ses propriétés hémostatiques remarquables.

Les spécialistes les ont montrées pour les hémor-

rhagies nasales par des applications simples de tampons imprégnés d'eau oxygénée dans les fosses nasales.

Le Dr. Paul Petit en 1895 a fait un travail sur l'arrêt des métrorrhagies par l'introduction dans l'utérus de tampons imprégnés d'eau oxygénée.

Le Dr Platon en 1900, dans un travail des *Annales de gynécologie*, signale l'arrêt des métrorrhagies par des injections intra-utérines.

Même nous avons le témoignage de la physiologie. M. Touchard, en expérimentant sur le lapin, a montré que l'action hémostatique s'exerçait réellement bien sur les capillaires. Elle échoue toutefois pour les artérioles d'un volume appréciable.

L'action hémostatique de l'eau oxygénée, bien que réelle, n'a, en somme, qu'une portée limitée.

II

MODE D'EMPLOI.

Il est un principe capital à retenir dans l'emploi de l'eau oxygénée : "Cet antiseptique n'agit que par imprégnation, par contact prolongé, c'est-à-dire, en badigeonnages, en tamponnements et non pas en lavages, ni irrigations". Le grand lavage à l'eau oxygénée est un non sens. Il faut laisser se développer une action de contact. Il faut assister au boursoufflement de la masse et au dégagement du gaz. En présence de toute matière organique, la décomposition de l'eau oxygénée se produit et elle se produit au maximum au contact de la fibrine du sang. C'est au cours de cette réaction que l'action antiseptique se produit, et ce boursoufflement lui-même, emporte le gaz qui va fouiller les recoins des cavités envahies de microbes. De petites quantités d'eau oxygénée sont nécessaires pourvu que la permanence et la durée de l'action de ce médicament soient assurées.

Passons maintenant aux différentes indications de l'emploi de l'eau oxygénée.

M. Championnière conseille de recourir à l'eau oxygénée pour préparer le champ opératoire dans les cavités difficiles à désinfecter (bouche, vagin, rectum).

En ce qui concerne les suppurations septiques, voici les termes mêmes qu'emploie M. Championnière pour décrire ses effets :

"C'est pour le nettoyage des cavités de suppurations septiques que l'action de l'eau oxygénée est incomparable.

"Le lavage des abcès, des grands phlegmons.

"J'ai lavé ainsi des abcès du foie et de la plèvre.

"Je recommande, en pareil cas, de ne jamais employer d'eau atténuée pour l'employer plus abondante. Petite quantité d'eau à 10 ou 12. Si je changeais la teneur de l'eau, je la prendrais plus forte.

"On n'emploie jamais un antiseptique trop puissant, mais on l'emploie souvent trop abondant. C'est un écueil dont il faut savoir se détourner et se reporter pour cela

à la doctrine pure de Lister. L'antiseptique peut être meurtrier pour l'économie comme pour le microbe. Il y a des règles à suivre pour éviter l'excès qui produirait l'accident.

" Pour l'ostéo-périostite, j'ai employé l'eau oxygénée sans être aussi satisfait pour ce genre de suppuration que pour les autres.

" Aussi, dans ce cas, ne l'emploierai-je pas sans recourir aussi au chlorure de zinc, la seule substance qui m'ait donné de réelles satisfactions contre l'ostéomyélite infectieuse.

" Dans des ostéites d'autre ordre, j'ai eu des résultats satisfaisants et j'ai nettoyé ainsi des cavités bien septiques.

" La vessie n'échappe pas à son action. J'ai souvent employé l'eau oxygénée au périnée. J'ai reçu une très bonne observation du docteur Augé, de Pithiviers, relative à la guérison d'une suppuration après la taille en employant l'eau oxygénée.

" Les plèvres ont été ainsi lavées bien des fois.

" J'ai employé avec un très grand succès l'eau oxygénée en cas de septicémie péritonéale. J'ai vu guérir deux cas dans lesquels j'avais réouvert le ventre, une fois après supuration ovarienne. J'ai réouvert le ventre chez une femme agonisante, qui a guéri. J'ai eu le même succès après une opération d'appendicite à chaud après laquelle j'avais cru pouvoir refermer le ventre sans drainage. J'ai opéré la sujet délirant au bout de trente-deux heures en pleine septicémie péritonéale et j'ai lavé le foyer avec l'eau oxygénée, guérison encore pour celui-ci.

" Il faut ici employer des précautions particulières, car si la mousse formée sortait de la région, elle pourrait mécaniquement porter hors de la région des microbes non neutralisés et servir de véhicule au microbe envahissant le péritoine plutôt que de le détruire.

" On peut donc tirer un excellent parti de cette action puissante. Mais il faut prendre la précaution de se bien informer des propriétés spéciales de l'agent employé."

(A suivre)

Les germes de froment dans la tuberculose.

M. Barré, sur 35 tuberculeux prenant chaque jour trente grammes de farine de froment, a obtenu 34 % de guérisons apparentes, 54 % d'améliorations, sans adjonction d'autres médicaments,

(Académie de Médecine, in *Progrès méd.*)

BIBLIOGRAPHIE

Une nouvelle opération pour pied osseux adulte : ablation du ocaphoïde et résection du cuboïde, par le Dr. O.

LAURENT ; (7 pages avec 3 figures). Hayez, 112 rue de Louvain, Bruxelles.

L'auteur rapporte une observation de pied creux chez un adulte, et décrit le nouveau procédé opératoire qu'il a employé, c'est-à-dire une *résection transvasale*. Le résultat de l'opération a été excellent.

Hernie inguinale de l'Utérus et de l'ovaire gauche chez un enfant de quatre mois.—cure radicale ; par le Dr O. LAURENT ; (2 pages). Extrait de la société de Médecine de Gand 1900.

Cas très exceptionnel. Il semble que dans ce cas-ci la hernie s'est portée primitivement du côté de l'utérus, et que c'est celui-ci qui a entraîné l'ovaire.

Perforation par arme à feu de l'estomac du colon, et du diaphragme.—Suture.—Guérison ; par le Dr. O. LAURENT ; (2 pages). Félix Alean, 108 Boulevard Saint-Germain, Paris.

Moulage des sénus frontaux ; par le Dr. O. LAURENT ; (4 pages avec deux figures). Ch. Bulens, Bruxelles.

L'auteur en décrit les techniques présente, les constatations qu'il a pu faire.

L'enseignement de la médecine opératoire.—L'enseignement de la Chirurgie Opératoire ; par le Dr. O. LAURENT (12 pages) Hayez, 112, rue de Louvain, Bruxelles.

L'auteur préconise l'organisation d'un musée en comprenant dans les collections, non pas seulement les pièces d'opération (pièces artificielles) pratiquées sur les os, les tendons sains, etc, mais encore des moulages en plâtre effectués et après les opérations, des photographies et des radiographies prises avant et après l'opération, et de plus, en recueillant sur le vivant et sur le cadavre des pièces provenant d'interventions chirurgicales. Il croit que par ce système la chirurgie opératoire est justiciable d'un enseignement intuition, et que ce système est à même de rendre à l'élève plus de services qu'on n'en attendrait d'un cours d'apparence purement théorique.

The Relative Value of Medical Advertising.—By JOHN PUNTON, M.D. ; (5 pages) The Kansas City Medical Index-Lanect. 532 Altman Building, Kansas City, Mo.

Etude sur l'alimentation actuelle envisagée comme cause d'affaiblissement de la race Française, de la fréquence

de l'anémie et des maladies nerveuses ; par LD. JOLLY (32 pages). Imprimerie Deux Frères, 3, place St. André, Clermont, (Cise).

L'auteur considère l'appauvrissement phosphaté minéral des aliments comme la cause première et principale de l'affaiblissement de la race française. Il étudie successivement : le mode des Phosphates chez les êtres vivants ; la constitution des tissus chez l'homme ; leur vie intime ; les principes nutritifs ; aliments ; richesse en acide phosphorique et en azote des aliments et rapport proportionnel entre ces deux principes ; Le besoin des phosphates chez les animaux démontre par l'observation et par l'expérimentation ; les besoins de l'homme en espèces phosphatées variant aux différentes phases de son existence ; l'enfance ; 2ème enfance ; adolescence ; maternité ; l'âge adulte ; alimentation chez l'homme adonné aux travaux intellectuels. Maladies nerveuses ; Vieillesse.

World's Fair, St. Louis 1903.

Nous venons de recevoir une copie du cahier de classification de l'Exposition Universelle, qui se tiendra à St. Louis en 1903. La simple énumération des groupes et des classes d'exhibits couvre 53 pages de texte. Les exhibits de l'exposition sont divisés en quinze départements ainsi qu'il suit : Instruction, huit groupes, art, six groupes ; arts littéraires, treize groupes ; industrie, trente-quatre groupes ; moyens de transport, six groupes ; agriculture, vingt-sept groupes ; horticulture, sept groupes ; poëtes, trois groupes ; mines et métallurgie, cinq groupes ; poisson et gibier, cinq groupes ; anthropology, quatre groupes ; économie social, treize groupes ; *physical culture*, trois groupes. Il y a en tout 144 groupes et 807 classes. Les travaux de construction sont en bonne voie. Les bâtiments couvriront 200 acres, et les terrains auront une superficie totale de 1,000 acres. Le capital pouvant être utilisé dès maintenant est de \$15,000,000; l'Etat du Missouri a de plus voté \$1,000,000, et d'autres Etats ont également voté des sommes considérables. Le cahier de classification et les règlements de l'Exposition seront envoyés gratuitement sur demande au directeur des Exhibits, World's Fair, St. Louis.

Harold N. Moyer, Chicago. — The relation of the Medical Editor to Original Communications.
Extrait de Annals of Gynecology and Pediatrics.

A. B. Ducl, N.Y.—The value of Electrolytic Dilatation of the Eustachian Tubes in Chronic Tubal Catarrh and Chronic Catarrhal Otitis Media.
Extrait de l'American J. of Med. Sciences.

A. J. Ochsner, Chicago.—Treatment of Hernia in Children.

FORMULAIRE

CONTRE L'ANGINE PSEUDO MEMBRANEUSE
NON-DIPHTERIQUE.

Camphre..... 20 grammes
Huile de ricin... 15 —
Alcool à 90°..... 10 —
Acide phenique cristallisé. 5 —
Acide tartrique..... 1 —

A employer comme tonique.

(Gauchez).

CONTRE LA BRONCHITE AIGUE.

Teinture de Scille..... XX gouttes
Sirop de codéine..... } à 20 gram.
Sirop de capillaire }
Extrait de jusquion..... 0 gr. 05 centig.
Eau de fleurs d'oranger..... 10 grammes
Jeley gommeuse..... 120 grammes
Par cuillerées à soupe. (G. Lyon)

(Le Progrès Médical)

Coq-à-l'âne médicaux.

Asthme génital. — Il ne faut pas oublier qu'il existe un asthme réflexe d'origine génitale, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Pour enrayer cette maladie il faut traiter la cause déterminante: prostatite, rétrécissement, urétrite chronique, polypes de l'urètre, troubles ovariens, métrite, etc.

L'examen du cœur. — Ne négligez jamais, pendant l'auscultation du cœur, de placer le pouce ou un doigt sur la carotide gauche. Le choc du cœur correspond bien au battement de la carotide. Dans la constatation de plusieurs phénomènes anormaux dont il faudra préciser le siège, ce procédé sera de la plus grande utilité. Souvent le décubitus latéral gauche favorisera la découverte de certains signes peu perceptibles dans une autre position. Il en est de même lorsque l'on fait pencher le malade assis droit en avant.

Dans la symphyse cardiaque le point se déplace peu, quelle que soit la position dans laquelle on place le patient.

Lorsque le choc du cœur dépasse trois centimètres carrés, il faut soupçonner quelque chose d'anormal.

Pour bien percevoir le frottement péricardique, il fait le rechercher pendant l'expiration.

La percussion de la région cardiaque ne donne de résultats qu'en autant quelle est faite avec le plus grande attention, et après l'examen attentif du poumon.

Avant et après l'auscultation, ne négligez jamais de faire la palpation : elle vous sera du plus grand secours.

N'oubliez pas d'examiner le médiastin et de percuter et d'ausculter la colonne vertébrale lors de l'examen du cœur.

Lorsque vous perceutez, faites la percussion convergente de Bouillaud.

Bouillaud a dit : "Quand un malade se plaint de palpitations, auscultez son poumon; et quand il se plaint d'oppression, examinez son cœur."

Variole et varicelle. — Les vésicules de la varicelle sont uniloculaires, celles de la variole, cloisonnées, multiloculaires. Pour faire le diagnostic entre ces deux maladies, il suffit de piquer la vésicule avec une aiguille; dans la varicelle la vésicule s'affaisse tandis que l'on ne peut vider celle de la variole. (*Lancet.*)

Les oxyures. — D'abord faire une injection tiède d'eau de savon. Après évacuation de celle-ci, injectez une infusion de quassia (3 onces pour une pinte d'eau; porter à ébullition, passer.) ; ou encore donner un lavement d'eau salée (2 cuillérées à thé pour une chopine d'eau.) *Med. Summary.*

Infiltration urinaire. — Hartmann insiste sur la valeur des incisions : des petites, multiples, pour évacuer l'urine infiltrée, puis une grande incision périnéale jusqu'à l'urètre et l'introduction d'un tube à drainage. Existe-t-il un sac d'abcès urinaire qui ne vaut guérir par le drainage, il faut l'extirper. *Presse méd.*

Bubons par malpropreté. — Dans une clinique, le docteur Caillé, (*N. Y. Post Graduate*), attire l'attention sur ces adénites inguinales survenant chez les enfants par la malpropreté de la région génitale et par le grattage. Traitement : incision et drainage.

Stérilisation des excréta. — O. G. Wood (*Brut. med. Journ.*) donne le procédé suivi à l'hôpital de Kroonstad. Ce procédé est des plus simples et des plus efficaces. Les selles sont jetées dans des seaux contenant deux parties de poussière de houille et une partie de fines cendres; pour les urines l'on emploie deux cendres et une déchouille. Après mélange, le tout est incinéré.

NIRE.

NOUVELLES.

NAISSANCES :—

A Nontréal, l'épouse de M. le Dr J. P. Roux, une fille.

A St-Flavien de Lotbinière, le 16 courant, l'épouse de M. le Dr Bergeron, un fils.

NÉCROLOGIE :—

Nous annonçons avec regret la mort du Dr. Joseph Toupin de St-Michel de Napierville, décédé à l'âge de 72 ans.

Le docteur Von Ziemssen, la plus grande autorité sur les maladies pulmonaires et la pathologie est mort à Munich le 22 courant.

MARIAGES :—

M. le Dr Dion, de l'Islet, a épousé à l'église du Sacré-Cœur d'Ottawa, Mlle Alice Bélanger, fille de M. P. E. Bélanger, ingénieur civil. Le Rév. Père Portelance officiait.

Jubile du professeur Lannelongue.

Il a eu lieu le 23 décembre, et dans un banquet où figuraient les plus hautes personnalités officielles, la plaque gravée par Chaplain a été remise à l'ancien Président du Congrès international de médecine et de l'Association générale des médecins de France. Toasts de MM. Fallières, président du Sénat, Debove, doyen de la Faculté de médecine de Paris, Marey (de l'Institut), Dr L. Labbé, sénateur, Drs Comby, Walther, Achard, Ménard (de Berck) Dufour (de Valmont), Janicot (du *Bulletin médical*). Réponse émue du Prof. Lannelongue dont voici les dernières phrases.

"Nul ne saurait méconnaître aujourd'hui la part de solidarité et de justice qui revient à chacun dans la destinée humaine. C'est la conséquence obligatoire de l'inégale répartition des dons matériels et moraux acquis par l'initiative propre, reçus par héritage ou par hérédité.

"Or, il se trouve que j'ai été des plus favorisés et plus que comble en toutes choses. — Au dedans, j'ai senti le bonheur et goûté la paix la plus douce. — Du dehors j'ai trop reçu. Les gains que j'ai réalisés sont très gros et je n'ai que peu donné. Ma dette sociale est donc infiniment étendue. Aussi mon reste d'existence ne saurait-il avoir qu'un but : chercher à m'acquitter, en ne faisant que le bien, et autant de bien que je pourrai." — (Applaudissements.)

(*Le concours médical.*)

Travaux Originaux

A PROPOS DE VACCINATION

par J. E. LABERGE, M.D.,

*Surintendant Médical de l'Hopital des maladies
Contagieuses à Montréal.*

J'ai lu avec étonnement, l'article publié dans "*La Vérité*" du 11 Janvier dernier au sujet de la vaccination, signée "*un ami de la Liberté*". La note de la rédaction, qui accompagne cette lettre, est bien regrettable à cause des préjugés qui existent chez le peuple et qu'elle contribue à répandre et à enraciner d'avantage.

Le correspondant de "*La Vérité*" est enragé, c'est lui qui le dit; il est bien regrettable que le bureau d'hygiène n'ait pas des pouvoirs plus étendus pour mettre ce Monsieur dans l'impossibilité de nuire, ou lui faire suivre dans quelque Institut Pasteur une cure antirabique. J'aime la liberté comme tout le monde, mais je comprends que le premier principe de toute liberté est le pouvoir qu'à la Société de se protéger contre tout ce qui peut lui nuire; elle enferme dans les prisons les criminels, les fous dans les asiles et les contagieux dans les hôpitaux, etc., etc. Dans les cas contraire, M. le directeur de "*La Vérité*", c'est de la licence, c'est de l'anarchie. Il est établi que la vaccination protège contre la variole; donc, rendre la vaccination obligatoire, c'est un devoir impérieux pour le bureau de santé provincial, puisque c'est le seul moyen d'enrayer cette terrible maladie. Eh bien, c'est ce règlement du bureau d'hygiène qui est taxé de tyrannique et qui a valu aux membres de ce bureau des qualificatifs qui ne font pas honneur à cet ami de la liberté qui les a écrits, au moins il aurait pu être poli.

"*La Vérité*" cite l'*Anti-vaccination revue* à l'appui des théories de son correspondant, je ne reconnais ni à l'*Anti-vaccination revue* ni au Dr. Liverson le droit de nier, sans preuves à l'appui, les bienfaits de la vaccination. Que cette revue nous donne des faits scientifiques, des expériences de laboratoire tendant à prouver l'inefficacité de la vaccination, très bien nous les discuterons. Mais loin de là, le Dr. Liverson offre \$1000 à celui qui lui dira quel est le principe actif du vaccin. Certainement le Dr. Liverson mérite les félicitations du monde scientifique pour encourager des découvertes aussi utiles que celle de la composition intime du virus vaccin. Le fait qu'on ne connaît pas encore la composition du vaccin

ne prouve pas son inefficacité; offrirait-on \$20,000 et même \$100,000 que cela ne changerait rien et ne prouverait rien contre la vaccination, et n'établirait pas que la vaccination introduise dans l'économie des principes dangereux. Cette offre généreuse ne prouve rien et par conséquent ne peut être invoquée contre la vaccination.

Je préfère croire à l'opinion émise par les savants du monde entier qui, s'appuyant sur des faits d'observation, reconnaissent l'efficacité du vaccin, sans en connaître la composition intime. J'aime mieux m'en rapporter aux résultats merveilleux auxquels on en est arrivé en Europe, depuis que la vaccination est presque généralisée, et surtout en Allemagne où elle est obligatoire, que de me laisser influencer par le "*The Antivaccination revue*".

Le vaccin, bien préparé, n'a jamais produit d'accidents quand la vaccination a été faite aseptiquement et que la plaie a été tenue proprement. Les accidents subséquents à l'opération du vaccin ne sont pas dûs au vaccin lui-même, mais ils sont dûs à la malpropreté, soit du vaccinateur, soit de la personne vaccinée.

La phrase suivante, comme à peu près tout l'article du correspondant de "*La Vérité*", dit, qu'il y a ici et là quelques cas d'une maladie bénigne dont le caractère est peu connu et qui dans tous les cas paraît être un préservatif plus sûr et moins dangereux contre la variole que la vaccination elle-même.

Qu'en sait il, ce cher monsieur, si cette maladie bénigne à caractère peu connu est un préservatif contre la variole ??? Lui qui nie l'efficacité du vaccin comme préservatif !!

Ici et là quelques cas, dit-il: Mais il y en a partout dans la province de Québec. Audelà de 200 personnes sont infectées, dans tout le Dominion, aux Etats-Unis, en Angleterre, il y en a partout de cette maladie bénigne j'ajouterais donc éminemment contagieuse, monsieur le rédacteur. Ici à Montréal à l'hôpital des maladies infectieuses, j'ai reçu audelà de 200 malades. (225 le 1er Février). Malgré les soins les plus dévoués j'ai perdu six malades. J'ai eu deux cas de variole hémorrhagique. Quoique cette épidémie soit bien moins sévère que celle de 1885 elle prend chez certains sujets mal disposés un caractère de gravité indiscutable; elle n'est pas aussi bénigne que le prétend le correspondant de "*La Vérité*".

Cette maladie à caractère peu connu, c'est la variole purement et simplement avec tous les caractères propres à cette maladie. Quelques uns des malades que j'ai eus à l'hôpital conserveront toute leur vie des cicatrices qu

ne laisseront aucun doute même aux plus incrédules sur la véritable nature de cette affection. De ces 225 malades, aucun ne portait une bonne marque de vaccination, presque tous d'ailleurs n'avaient jamais été vaccinés ; onzo seulement portaient une marque à peine perceptible datant de 20 à 25 ans. Je puis donc dire M. le rédacteur qu'aucun des 225 malades que j'ai reçus à l'hôpital des maladies infectieuses n'était protégé contre la variole par une vaccination efficace et qu'aucun de ceux qui ont été vaccinés depuis sept ans n'a contracté la variole. Le personnel de l'hôpital se compose de 30 personnes, toutes vaccinées avant d'entrer dans le service, et qui, depuis plus de deux mois, vivent au milieu de l'infection ; aucune à contracté la maladie. J'ai vacciné moi-même ces 30 personnes avec le vaccin de l'Institut vaccinogène de Montréal et aucune n'a eu à souffrir des accidents tant redoutés par le correspondant de "La Vérité".

Si ce Monsieur entendait, comme j'en ai l'occasion tous les jours, les reproches amers que se font les malades pour ne pas s'être fait vacciner, qui, sous prétexte de liberté, ont refusé de se soumettre aux règlements du conseil d'hygiène, qui se sont laissés influencer par les quelques rares Anti-vaccinateurs qui combattent les règlements imposés pour le plus grand bien de la Société. Enfin si ce Monsieur avait occasion de juger des bienfaits de la vaccination comme tous les malades que j'ai ici, comme les personnes chargées de prendre soin de ces malades et qui constatent tous les jours que ceux là seuls qui n'ont pas été vaccinés contractent la variole, je n'ai pas le moindre doute qu'il modifierait ses opinions et qu'il deviendrait un apôtre de la vaccination.

Et pourquoi M. le rédacteur ne pas laisser aux hygiénistes le soin de s'occuper des choses de l'hygiène ?

Comment se fait-il que tout le monde critique, discute, les règlements du bureau d'hygiène. Pourquoi chercher à soulever les passions populaires au sujet d'une loi imposée par ceux qui ont la compétence et la mission de nous protéger contre les maladies contagieuses ; je crois trouver la cause de cet état de chose, dans le fait qu'on néglige trop l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, dans les couvents, dans les collèges. On ne saisit pas la portée d'un règlement, on n'en comprend pas l'importance, alors on le taxe de vexatoire d'attentat à la liberté.

Au lieu de restreindre les pouvoirs du bureau d'hygiène Provincial, le Gouvernement devrait les étendre d'avantage et lui donner assez d'argent pour organiser

sur un pied d'efficacité la lutte contre tout ce qui peut nuire à la santé publique.

INSULTE AUX MEDECINS CANADIENS.

Nous avons sous les yeux une brochure qui est une insulte des plus audacieuses à l'intelligence des médecins canadiens. Cette brochure, dont nous reproduisons plus bas la couverture presque en entier, et une partie du texte avec commentaires, accompagnait une des spécialités mises en vente par la "Compagnie des Médecines Patentées Françaises" dont M. G. de Werthemer, administrateur de "L'Union Médicale du Canada", est le propriétaire.

M. J. H. Faudon, pharmacien-chimiste de l'"Ecole Supérieure de Paris" qui semble être l'auteur des sottises que contient la brochure en question, est, dit on, pharmacien à Paris. S'il a écrit la brochure lui-même, ce dont nous doutons, c'est un ignorant à vingt carats, ou un fumiste éhonté. Nous préférons croire que l'auteur est un pince-sans-rire que l'on a mis sous l'impression que les médecins canadiens sont des ignorants, et qu'il suffit de leur débiter des grands mots pour les éblouir.

Les médecins canadiens vont-ils subir cet affront sans protester ? Vont-ils tolérer qu'on leur fasse l'article dans des termes dont rougirait de se servir ceux qui offrent au public des "Pilules Jaunes" ou "Vertes", ou des "Baumes" quelconques ?

"Laboratoire Special de Pharmacie Pratique DE PARIS

J. H. FAUDON

Pharmacien-Chimiste de l'Ecole Supérieure de Paris

OFFICIER D'ACADEMIE

MÉDAILLE D'OR ET D'ARGENT, DE BRONZE,

DIPLOME D'HONNEUR

MEMBRE DU JURY DES EXPOSITIONS INTERNATIONALES

Directeur

MAISONS DE VENTE :

PARIS : Au Laboratoire Spécial de Pharmacie

Pratique ;

LONDRES ; BRUXELLES ; TURIN ;

MONTREAL: Cie de Médecines Patentées Françaises;

NOTA.— Nous prévenons MM. les Docteurs, que l'exclusivité de vente et la propriété de nos produits ont été, pour le Canada, concédées à la Compagnie de Médecines patentées.

MONTEVIDEO ; CONSTANTINOPLE ; ATHENES."

(Voir suite à la page 379).

Page 17, nous lisons :

“Les Perles Gynocardiques Blaise que nous présentons au Corps médical sont confectionnées avec l'Huile de Chaulmoogra excessivement pure récoltée et spécialement préparée par nous (c'est d'ailleurs de la pureté de l'huile que dépend toute guérison) et plusieurs fois distillée.”

Plusieurs fois distillée!!! La première fois que nous avons lu ces lignes nous n'avons pu en croire nos yeux, tellement c'est idiot. En effet, l'huile de chaulmoogra est une *huile fixe*, par conséquent ne se distille pas. (Remington, Merck). Mais cela n'embarrasse aucunement le directeur du “Laboratoire de Pharmacie Pratique”, il est de force à distiller des cailloux, ce chimiste-là ! Que c'est beau d'être savant !! Cependant cet illustre M. Faudon n'est qu'Officier d'Académie ; c'est une indignité, on devrait le décorer.

Même page 17, on lit encore :

“PILULES DE PANCREATINE ROURE”

Stérilisées à l'autoclave.

Et dosées à 0,20 de PANGREATINE pure par pilule

DIGÉRANT EXACTEMENT 10 GRAMMES DE FIBRINE

Des pilules de pancréatine *stérilisées à l'autoclave* ! comme elles doivent être inoffensives ; pas de microbes, partant pas d'infection. Mais il y a un fait qu'on semble avoir oublié, c'est que l'efficacité de la pancréatine est détruite par une température de 71° C. (Peter Squire, 1899). On emploie la stérilisation à l'autoclave surtout pour les instruments, la verrerie, les articles à panser et pour les préparations pouvant supporter une température de 100° C. et plus. Tout le monde sait cela, excepté M. Faudon, il semble.

Quel avantage peut-il y avoir à stériliser des pilules ? S'il y a quelque chose à gagner en les stérilisant, pourquoi ne pas stériliser tout ce qui entre dans l'estomac : les aliments, les breuvages, les remèdes, etc. ? La vérité vraie, la voici. C'est que les mots *stérilisées à l'autoclave* ont un air, une mine si scientifique qu'on n'a pu résister à la tentation de les employer pour qualifier même des pilules dont le principe actif est détruit par une température relativement basse.

Page 7 :

“L'ANTICASTRALCIQUE WEBER, composé de produits physiologiques connus (Pepsine, Diastase, NARCEINE), associés à la *Cocaine*, anesthésique de haute valeur est bien le produit par excellence pour remédier à tous ces inconvénients.”

La narcéine, n'en déplaise à M. Faudon, n'est pas un produit physiologique, mais bien un produit chimique tiré de l'opium.

Page 7 :

“L'Élixir Digestif physiologique représente la quintessence digestive par l'adjonction des trois ferments de l'estomac ; **PEPSINE, PANC EATINE, DIASTASE**. Les nommer c'est indiquer leur emploi thérapeutique.”

L'auteur de la savante brochure que nous épluchons, semble avoir fait une étude spéciale de la pancréatine, mais encore incomplète, puisqu'il la classe parmi les ferments de l'estomac, et ne voit pas d'objection à la stériliser à l'autoclave.

Page 16 :

“**Rôle chimique.** — Le **Charbon Benzonaphtole** **Lebon** est un antiseptique puissant des voies digestives par suite de la décomposition dans l'estomac, du **Benzonaphtol** en *acide phénique* et *benzoïque*. Il n'est pas comme beaucoup d'autres soi-disant similaires, irritant ; il n'occasionne jamais de brûlures, ni de pesanteurs, lorsqu'on l'a absorbé.”

Comme on le voit, suivant M. Faudon, le benzonaphtol décomposé dans l'estomac, donne de l'acide phénique et de l'acide benzoïque. Voyons ce qu'en pense M. Edmond Dupuy, professeur à la faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. Page 132 de son cours de pharmacie : “Action physiologique du benzonaphtol. — Le benzonaphtol, introduit dans le tube digestif, se décompose en *naphthol B* qui reste dans l'intestin et en *acide benzoïque* qui est éliminé partie en nature, partie à l'état d'acide hippurique.” Il n'y a qu'un M. Faudon, ou peut-être un de ses intelligents collaborateurs, capable de tirer de l'acide phénique du benzonaphtol.

A la page 3 on lit les inepties suivantes :

“Gouttes concentrées de Peptonate de Fer manganique”

DU DR GUERIN

(1gr=0,35 de peptonate pur ou 0,21 de peptonate et 0,14 de Fe²O³)

Rôle chimique. — Le **Peptonate de fer** est une combinaison stable de peptone pur desséché et d'oxyde de fer en milieu-glycérique. On le prépare en distillant, dans le vide, du sang de boeuf, privé de sérum, en présence de l'oxyde de fer.

Nous n'avons jamais lu, même parmi les annonces des quotidiens, rien d'aussi stupide que la citation précédente. Vraiment nous ne savons pas par quel bout commencer pour la disséquer. La dernière phrase de cette citation est un monument à l'ignorance ou à la malhonnêteté de son auteur. Voici un particulier qui prétend préparer du peptonate de fer en distillant dans le vide, du sang de boeuf, privé de sérum, en présence de l'oxyde de fer.

Si on enlève au sang, son sérum il reste un caillot de fibrine qui retient les globules rouges et blancs, en

somme une masse qui donne peu de chose ou rien par distillation. Et l'on a le toupet d'affirmer que ce caillot, mis en présence de l'oxyde de fer, peut, par distillation, donner du peptonate de fer. C'est aussi idiot que prétendre faire une chaussure en distillant, même dans le vide, des clous en présence de morceaux de peau de bœuf. Le procédé de M. Faudon pour la préparation du peptonate de fer ressemble à ceux de Jaillot, Quillat et Dietrich, des autorités connues, comme une charrette ressemble à une locomotive.

Nous avons eu la curiosité d'examiner ce merveilleux Peptonate de Fer du Dr. Guérin, lequel, si l'on en croit la brochure, a été créé dans un but humanitaire. (Voir page 4). L'analyse sommaire que nous en avons faite, et que deux chimistes ont contrôlé, nous a convaincu que ce peptonate de fer ne vaut guère plus que les annonces qui servent à en faire mousser la vente.

La brochure nous dit (voir plus haut), qu'un gramme des gouttes concentrées de Peptonate de Fer Guérin, contient 0.35 centigrammes de peptonate, ou 0.21 centigrammes de peptone et 14 centigrammes d'oxyde ferrique Fe₂O₃.

Nous avons évaporé 25 grammes de ces gouttes concentrées ??? et calciné le résidu dans une capsule sur un feu de Bunsen. Après la calcination, nous avons pesé le résidu et constaté qu'il ne pesait que 0.9 décigrammes, quand nous aurions dû trouver un résidu du poids de 3.50 grammes, si le titre de peptonate de Fer Guérin est vrai (1 : 0.14 :: 25. : 3.50).

Nous n'avons pas cru nécessaire de chercher le poids de l'oxyde ferrique contenu dans le résidu de 9 décigrammes, et de pousser nos recherches plus loin : on conviendra que c'était inutile après un aussi étonnant résultat.

Nos lecteurs comprendront que les notes qui précèdent ont été écrites uniquement dans le but de les renseigner sur des choses qu'ils ont intérêt à connaître. Les nombreuses occupations des médecins les empêchent d'examiner avec attention la masse de brochures qu'on leur adresse, ainsi que les spécialités qu'on leur propose. Jusqu'à un certain point, il incombe aux revues de faire ce travail et de renseigner leur lecteurs. C'est ce que nous avons fait. Si nos occupations nous en laissent le loisir, nous continuerons à disséquer la brochure en question, car nous n'avons fait que piquer dans le tas, et c'est une mine, un vrai Klondyke de choses amusantes.

En terminant, nous demandons à nos lecteurs,

quelle confiance on doit avoir en des spécialités annoncées d'une façon aussi ignorante ou malhonnête ?

Rapport d'un des deux chimistes qui ont contrôlé notre analyse.

MILTON L. HERSEY, M. R. CS, (McGill)

Formerly Demonstrator in Chemistry, Faculty of Applied Science, McGill University Chemist of the Canadian Pacific Railway, etc., etc.

PROVINCIAL ANALYST

(Appointed by the Quebec Gov't.)

CITY ANALYST

(Appointed for Montreal)

Laboratory No. 6297, MONTREAL, Feb. 5th. 1902.

CERTIFICATE OF ANALYSIS.

The Sample of Peptonate of Iron, Marked Gouttes Concentrées de Peptonate de Fer Mangannique du Docteur Guérin. contains :

2 % of Ferric Oxide (Fe₂O₃),
Manganese..... Small quantities.

According to the literature accompanying the sample which was around the bottle in the original package, and which package was opened by us personally the sample should have contained 14.00% of Ferric Oxide. There is therefore only one seventh (1/7) of the amount of iron present that is stated in the literature, and the material received is not in accordance with the published statements.

MILTON L. HERSEY,
City and Provincial Analyst.

TRADUCTION

Suivant la brochure qui accompagnait l'échantillon et qui entourait le paquet d'origine, lequel nous avons ouvert personnellement, la préparation en question devait contenir 14% d'oxyde ferrique. Nous n'avons trouvé qu'un septième (1/7) de cette quantité de fer qu'elle devait contenir d'après la brochure; et l'échantillon reçu n'est pas en rapport avec les affirmations publiées.

MILTON L. HERSEY,
Analyste Officiel de la Ville de Montréal
et de la Province de Québec.

N. B. La vraie spécialité française est digne de la confiance des médecins, et cela pour les raisons que nous avons plusieurs fois énumérées. Cependant, il ne faut pas commettre l'erreur de croire que tout ce qui vient de France est au-dessus de tout soupçon, l'article qui précède le prouve amplement.

Nous conseillons à nos lecteurs, s'ils veulent soigner les intérêts de leurs malades, de bien s'assurer de la valeur des spécialités, avant de les prescrire.

Revue des journaux

MEDECINE

A propos de l'Épilepsie.

par le Dr. MITIVIER.

On s'est souvent demandé si l'épilepsie était héréditaire — Certaines statistiques ont été faites à ce sujet.

Sur 16 femmes épileptiques, on trouve une production de 48 enfants, 37 sont morts en bas âge avec des convulsions ; sur les 21 restés vivants 16 n'ont éprouvé ni épilepsie, ni accidents nerveux ; 7 ont eu des maladies nerveuses, deux ont été épileptiques ; mais on admet aujourd'hui l'influence de l'hérédité.

Une nourrice peut-elle transmettre cette influence avec le lait ? On cite ce fait.

Dans une famille nombreuse, composée de huit enfants, bien portants, le plus jeune encore à la mamelle fut pris d'épilepsie, sans cause appréciable. Le docteur rechercha si la nourrice était épileptique, il ne peut obtenir de renseignements positifs, mais il trouva que la sœur de celle-ci était atteinte de haut mal.

Quant à la marche de la maladie, elle est variable, les uns n'ont eu qu'un accès dans la vie, d'autres un par an, ou chaque mois, d'autres tous les jours et plusieurs fois par jour. On a vu les accès se suspendre pendant un grand nombre d'années sans qu'il y ait guérison radicale, car on les a vus reparaitre après douze et quinze ans d'interruption.

Des circonstances bizarres, exercent une action favorable sur l'épilepsie. Certaines maladies aiguës ou fièvres intermittentes, et ont une heureuse influence sur les accès, s'est manifestée chez les enfants à la suite de la rougeole ou de la scarlatine, elle peut se terminer par la guérison surtout chez l'enfant.

Dans le traitement de l'épilepsie l'objet, doit être, avant tout, de supprimer les accès ou de les éloigner le plus possible. De nombreuses substances ont été employées jadis, à cette effet, mais malheureusement sans succès; comme l'acide hydro-cyanique, l'ambre gris, l'antimoine et ses préparations, l'argent (nitrate) etc., mais rien n'a prevalu sur le traitement moderne ; au moyen des DRAGÉES GÉLINEAU au bromure de potassium, à l'arsenic et à la picrotoxine dont les effets sont remarquables. Le Bromure diminue la sensibilité réflexe du système nerveux et combat la prédisposition congestive du cerveau ; la picrotoxine, alcaloïde de la coque du Levant agit contre l'élément convulsif. L'arsenic joue le rôle de réparateur de la cellule nerveuse ; c'est un des plus puissants agents à opposer à l'épilepsie essentielle.

L'eau oxygénée

(Suite.)

Opérations de peau intacte. — Pour toutes les opérations neuves, on peut employer l'eau oxygénée, comme on emploie tous les autres antiseptiques : amputation du sein, amputation de jambe et de cuisse, et ablation de tumeurs. M. Championnière n'a cependant aucun désir de changer pour cela sa pratique de fond en comble, la trouvant plus simple et régulièrement heureuse, sans incidents, par l'emploi méthodique de l'acide phénique.

Ce qu'il en a fait a été pour déterminer une démonstration complète.

En gynécologie et obstétrique, l'eau oxygénée trouve son application pour la préparation des opérations, pour les suppurations utéro-vaginales, pour les suites de l'avortement et de l'accouchement. Pour tous ces cas, il n'y a pas lieu de faire des lavages intra-utérins abondants avec la sonde à double courant.

Un simple badigeonnage interne avec un porte-ouate, imbibé d'eau oxygénée à 12 volumes au moins et renouvelé tant que la fièvre ne tombe pas, est seul efficace. Ces applications intra-utérines d'eau oxygénée sont indolores et sans danger, quoiqu'on ait dit le contraire : on peut les renouveler plusieurs fois par jour et plusieurs jours de suite. En introduisant une ou deux fois en 24 heures, dans le vagin, un tampon d'ouate bien imprégné d'eau oxygénée pure à 12 volumes on obtient une action parfaitement suffisante et remplaçant absolument toutes les injections. M. Championnière, a vu des lochies fétides disparaître ainsi après l'accouchement, sans que l'on ait eu recours à de nouvelles injections.

Il y a là, dans le traitement des suites de couche, un des agents les plus précieux. S'il pouvait contribuer à faire disparaître la coutume si meurtrière des grandes injections après l'accouchement, il rendrait un service capital à la pratique de l'obstétrique, quels que soient ses progrès actuels.

Pour le traitement de la blennorrhagie, l'eau oxygénée peut être employée en pansements avec grand profit. Encore une fois, c'est un pansement d'une application facile ; la plupart du temps, les malades ne se doutent pas qu'on leur lave le vagin avec l'eau oxygénée.

Cependant, en dehors des cas d'avortement et d'accouchement, nous avons aussi lavé le vagin dans tous les cas de petite chirurgie gynécologique, dans les cas de cautérisation et, en particulier, dans les cas si fréquents pour nous d'application de carbure de calcium à la cure palliative du cancer de l'utérus.

M. Championnière signale tout spécialement une application de l'eau oxygénée fort heureuse ;

« Après des opérations même admirablement réussies comme réunion immédiate, il arrive qu'un point lâche ou qu'une petite irritation se manifeste au niveau d'un point de suture.

“ Ces petits accrocs, insignifiants pour leur gravité, sont remarquables par leur tenacité. L'échec de l'emploi des antiseptiques y est tout particulièrement notable et, c'est en employant un pansement anodin quelconque, que l'on se débarrasse de cette ennuyeuse complication.

“ Depuis que j'ai l'eau oxygénée à ma disposition, j'ai vu ce petit ennui très atténué.

“ Il est fort rare sans doute. Mais il est facile de s'en débarrasser en imprégnant quelques instants la région avant de mettre le petit pansement anodin en question.

“ En agissant ainsi plusieurs jours de suite on arrive aisément à s'en débarrasser.”

Les *spécialistes* ont aussi de grands bénéfices à retirer de l'emploi de l'eau oxygénée. Dentistes, auristes, ophtalmologistes, n'ont qu'à se louer de ce médicament pour lutter contre les caries, les accidents septiques, les hémorragies, les suppurations, mais à condition de l'employer avec modération. Il en est malheureusement qui croient à la nécessité des grands lavages.

C'est une erreur regrettable. C'est le cas où jamais d'intervenir par les doses les plus petites possibles, avec une réelle parcimonie. On obtient alors des résultats d'une extrême précision, sans exposer le sujet à certaines causes d'irritation. Quelque inoffensive que soit, en effet l'eau oxygénée au point de vue toxique proprement dit, comme il s'agit d'une substance d'action très puissante sur toute matière organique, il n'est pas possible qu'elle n'ait pas des inconvénients, surtout si on la met en contact prolongé avec des organes délicats.

C'est le cas où jamais d'affirmer le principe de Lister pour tous les antiseptiques ; *il n'y a pas d'abus d'antiseptique qui soit indifférent.*

Dans les épistaxis, les attouchements de la muqueuse qui saigne avec l'eau oxygénée suffisent pour tarir l'hémorrhagie. Dans les ablations de végétations adénoïdes, de polypes de l'oreille, etc., on retirera grand profit de l'application de ce médicament.

Quelques auteurs ont même conseillé de l'administrer par gouttes à l'intérieur contre les vomissements, contre la coqueluche, contre les ulcères gastriques, contre les hématomés.

Enfin, les vétérinaires l'appliquent aujourd'hui aux plaies des grands ruminants atteints de fièvre aphteuse.

En résumé, l'eau oxygénée est un antiseptique topique d'une puissance bien supérieure à tous les autres produits de même nature anciens ou modernes. Elle n'est pas dangereuse à condition d'être employée à l'état de dissolution contenant 10 à 12 volumes d'oxygène et avec une très grande parcimonie, au moyen d'un pinceau ou d'un tamponnet d'ouate hydrophile dans les régions infectées.

(Le concours médical.)

GYNECOLOGIE

Sur le traitement conservateur des tumeurs annexielles purulentes (pyosalpingites-ovarites) et sur ses résultats dans les méthodes d'incision vaginale.

La gynécologie moderne a démontré que les affections appelées autrefois exsudats para ou périmétritiques n'étaient le plus souvent que des accumulations de pus dans les cavités perforées, telles que les trompes ou les ovaires. Elle a prouvé aussi qu'il était impossible de guérir cette variété d'abcès du bassin soit par des actions locales résorbantes, soit par un traitement général et balnéaire, et que celle-ci affaiblissait peu à peu les malades d'une façon considérable.

Ces faits une fois démontrés, on en vint à pratiquer des opérations variées pour guérir ces affections. On extirpa les trompes et les ovaires malades par la laparotomie abdominale ; on fit, dans le cas de bilatéralité des lésions, l'extirpation de l'utérus et des annexes par le vagin, on enleva aussi par ce dernier procédé les cavités purulentes, en gardant l'utérus (cœliotomie vaginale) : enfin quelques gynécologues revinrent à la castration toute par la voie abdominale.

Mais à côté de ces opérations radicales, trouvent encore place des méthodes conservatrices, telles que la ponction et l'incision vaginales (Hegar Laroyenne, Monod, Richelot, etc). Ainsi Landau recommande, dans les cas de pyosalpingite ou d'ovarite unilatérale l'incision simple : Laroyenne, et Vulliet se contentent en pareil cas d'une ponction ; Monod conseille une double incision vaginale, quand les lésions se compliquent d'un abcès du cul-de-sac de Douglas.

Duhrssen a obtenu de très bons résultats par la méthode suivante : il a fait, entre autres, une incision sagittale dans le cul-de-sac postérieur pour un cas d'abcès ovarien droit atteignant les dimensions du poing et compliqué de pyosalpingite gauche ; il a obtenue une guérison complète en sept jours (disparition de la fièvre, des douleurs, de la suppuration) grâce à un seul tamponnement de la cavité purulente à la gaze iodoformée. L'affection était d'origine gonococcique. Cinq ans après, cet auteur revit la malade : menstruation régulière ; dans le ligament droit on sent que l'ovaire sans indurations périovariennes d'ordre pathologique. L'ovaire gauche atteint à peine les dimensions d'un œuf de poule ; il est mobile, de haut en bas, un peu fixé en arrière ; aucune douleur ni spontanée, ni provoquée.

Dans un cas analogue, d'origine puerpérale, compliquée même d'un abcès ovarien, qui s'était vidé dans le rectum, Duhrssen pratiqua l'incision du cul-de-sac de Douglas ; il pratiqua deux tamponnements, et la guérison s'est effectuée en sept jours. La maladie datait

de six années. Quatre ans après l'opération, la malade se portait toujours bien.

L'incision vaginale est excellent même dans les cas d'abcès ovariens volumineux, géants, s'étendant presque jusqu'à la région ombilicale, alors qu'une incision abdominale semblerait très indiquée.

Kustner a réalisé un grand progrès dans ce traitement conservateur des abcès du bassin, en utilisant la voie vaginale pour l'ouverture des abcès intrapéritoneaux occupant une situation latérale assez élevée. Pour cela, il pratique du côté intéressé une incision demi-circulaire dans le vagin, sépare la vessie du col utérin, et vide l'abcès après ouverture et ligature du ligament large intéressé. En 1892, Landau avait déjà préconisé une opération analogue, mais il réséquait l'utérus; or l'ouverture de la base du ligament large rend cette résection utérine inutile. Dührssen a pu, grâce à la méthode de Kustner, guérir sans toucher à l'utérus, des abcès du bassin, atteignant même la grosseur d'une tête humaine; il cite cinq observations de ce genre (*Berliner klinische Wochens*, avril 1901, nos 16 et 17).

Il s'agissait toujours d'une infection puerpérale ou d'une infection gonococcique; les patientes avaient des douleurs intenses et de la fièvre depuis plusieurs mois; elles étaient très amaigries, et leur pouls était misérable. Les tumeurs étaient toutes situées latéralement, sans trop déprimer la paroi vaginale; elles semblaient quelquefois faire corps avec l'utérus.

Trop souvent ces pyosalpingites ou ces abcès ovariens volumineux sont pris par les praticiens pour de simples exsudats; or il importe de porter un diagnostic aussi rapide que possible, afin de mettre un terme aux souffrances des malades. A priori, il est vraisemblable d'admettre la possibilité d'une tumeur annexielle plutôt que celle d'un exsudat, quand on relève dans les antécédents quelque accident puerpéral. Ensuite, l'exsudat paramétritique est généralement une affection de courte durée, qui guérit soit d'une façon spontanée, soit par un traitement approprié, ou sinon devient purulent. Un soi-disant exsudat paramétritique qui persiste encore six mois après l'accouchement est à coup sûr, d'après l'auteur, un pyosalpinx ou un abcès de l'ovaire.

L'exsudat paramétritique ne peut à cause de la disposition de cul-de-sac de Douglas avoir une forme sphérique; il est situé entre le rectum et la paroi vaginale postérieure, et affecte la forme d'un cylindre transversalement dirigé, qui néprime le vagin, non pas vers le bas, mais bien en avant.

Le pyosalpinx déprimera, au contraire, la paroi vaginale latérale ou postérieure vers le bas; il aura la forme d'une sphère, et se laissera repousser vers les parois du bassin; plus particulièrement sur le chloroforme, on le sentira également à travers la paroi abdominale.

Quand cette affection est combinée à un exsudat, on perçoit les signes précédents, et en plus, une espèce de cylindroïde transversal au niveau de la paroi vaginale postérieure.

Dans ces cas opérés par Dührssen, au moyen de la méthode de Kustner, il fut étonnant de voir avec quelle rapidité les douleurs disparurent; la température redevint normale, l'appétit reparut.

L'auteur a suivi ses malades pendant un temps variant entre 4 mois et deux ans, et même plus, après l'opération; jamais il n'y a eu récurrence du côté malade; jamais les annexes de l'autre côté n'ont été prises secondairement. Ce sont là des faits qui militent en faveur de ces méthodes conservatrices d'incisions vaginales. Le chirurgien devra donc toujours se demander si l'une de ces méthodes ne pourrait suffire à tel ou tel cas, dans lequel il serait décidé à extirper les annexes par une cœliotomie abdominale ou vaginale, ou même à pratiquer la castration totale.

Ces méthodes conservatrices peuvent se classer ainsi qu'il suit :

1° Incision simple de la paroi vaginale postérieure, et ouverture consécutive de l'abcès ou des abcès annexiels, qui y adhèrent.

2° Incision de la paroi vaginale postérieure; ablation d'un exsudat périmétritique; ouverture d'un abcès annexiel situé au-dessus.

3° Incision de la paroi vaginale latérale, ouverture du ligament large, puis s'il est nécessaire, du cul-de-sac de Douglas.

4° Incision transversale de la paroi vaginale antérieure, isolement de la vessie et du col utérin.

5° Incision des deux parois latérales, avec ouverture des deux ligaments larges.

6° Colpo-cœliotomie antérieure dans les cas graves.

Ces méthodes sont non seulement utiles, mais encore exemptes de danger; elles permettent de vider de grandes collections purulentes accumulées soit dans les trompes soit dans les ovaires ou dans leur voisinage, et de conserver et de guérir d'une façon relative des organes très malades.

Traduit de l'allemand par M. le DR. GEORGES.

(Le concours médical.)

Du fibrome utérin. — Ses complications

(Suite)

L'œdème peut donner à la tumeur une mollesse très grande.

Lawson Tait lui a donné le nom de *myome mou œdématisé*. Ce ramollissement œdémateux est dû à une transformation du tissu connectif dont les faisceaux s'écartent pour former de petites vacuoles remplies d'un liquide jaune clair; en même temps les fibres musculaires disparaissent après atrophie.

Si au contraire les fibres musculaires persistent et si, dans les vacuoles nous rencontrons des cellules arrondies avec noyau, si le liquide renferme de la mucine, nous aurons l'œdème myxomateux ou dégénérescence myxomateuse.

Dégénérescence kystique. — La nécrobiose de certaines parties des masses fibreuses, qui sont transformées en une bouillie granuleuse, peut donner lieu à des *pseudo-kystes*. Les parois de ces kystes subissent l'influence du processus, les vaisseaux sont exposés à la mortification et déversent du sang dans la cavité, donnant ainsi naissance à des collections kystiques parfois considérables.

Dans d'autres cas, ces pseudo-kystes sont constitués par une multitude de petits kystes ou *géodes* (Cruveilhier), formés par l'extension du ramollissement œdémateux de la tumeur, les lacunes du tissu conjonctif se multiplient, quelques-unes d'entre elles se réunissent par résorption de leurs parois, formant ainsi des cavités de toutes dimensions, qui transforment la tumeur fibromyomateuse en une tumeur pseudo-kystique.

Ces cavités kystiques, ou géodes n'ont ordinairement pas de communication entre elles, ni de parois propres. Celles-ci ne sont donc pas recouvertes d'épithélium. Si l'on admet cependant que les lacunes du tissu conjonctif constituent l'une des origines principales du système lymphatique, on peut considérer ces cavités comme des dilations des terminaisons lymphatiques.

Les recherches de Kœberlé, de Kleps, de Léopold et de Rein tendent à prouver que toutes ces cavités cystoïdes ont pour point de départ le système lymphatique.

Virchow a donné le nom de *myome télangiectasique* ou *caverneux* aux myomes mous, riches en tissu musculaire, chez lesquels on rencontre un développement excessif du système vasculaire sanguin ; dans certaines parties il peut être tel que la tumeur prend les caractères d'une tumeur érectile.

Suppuration et gangrène. — Le myome sous-muqueux peut facilement être envahi par les germes infectants du vagin ou du col. La muqueuse qui le recouvre, irritée par sa présence, est dans un état de réceptivité extrême ; elle peut s'infecter et l'infection envahira rapidement le myome, à cause de leurs connexions intimes.

Un cathétérisme utérin qui, par suite des sinuosités du trajet de la lumière du canal, perce facilement la muqueuse ramollie, sera facilement le point de départ de l'infection.

Le myome résiste assez bien à cette infection, mais le tissu connectif qui forme sa coque, est un milieu dans lequel les agents infectieux se développent facilement. Peu à peu la tumeur est disséquée, séparée de sa capsule. La nature l'expulse souvent spontanément ; si le fait ne se produit pas, nous verrons se produire, une mortification lente la fonte putride avec élimination par lambeaux sphacelés.

Je n'insisterai pas sur les dangers que courent les malades en cette occurrence.

J'ai eu l'occasion d'intervenir, en 1891, dans un cas de l'espèce. La malade était profondément épuisée par une suppuration utérine (mortification et gangrène d'un gros myome sous-muqueux). Je pratiquai à la curette et à la main l'ablation de la presque totalité de la tumeur, par le vagin, et deux jours après je fis l'hystérectomie abdominale, intervention qui ne parvint pas à enrayer l'infection généralisée. En 1896, j'opérai un second cas de ce genre. La malade portait, depuis des mois, un gros myome sous-muqueux qui faisait hernie hors de la vulve et gangrené en partie. Je pratiquai l'ablation de cette tumeur par morcellement et terminai l'opération par l'hystérectomie, à cause de la présence de nombreux noyaux fibreux interstitiels. Dans ce cas encore l'intervention ne put enrayer l'empoisonnement général.

Les phlegmons des ligaments larges, la péritonite, la septicémie sont les complications de ces cas, heureusement assez rares.

Dégénérescence cancéreuse. — Virchow, le premier, admit qu'un myome pouvait subir la dégénérescence carcinomateuse et rappela à ce sujet le cas de Klob.

Schröder, tout en établissant que cette dégénérescence débute rarement par la tumeur elle-même, mais commence ordinairement par la muqueuse qui l'enveloppe cite les cas de Klob, de Babes, de Boetlicher et le sein dans lesquels des cancers s'étaient développés au centre des myomes.

Depuis, Babes, dans un deuxième cas, Diesterwey, dans un cas, et Ruge avec Schröder dans plusieurs autres cas, ont constaté au centre de tumeurs fibreuses, l'existence de cavités tapissées par un épithélium cylindrique. — Ce sont là des épithéliomes.

La dégénérescence sarcomateuse est indéniable de nos jours. Martin en a rencontré six cas sur deux cent cinq. Nous en avons observé quatre cas sur cent soixante et onze. Il y a prolifération du tissu connectif, développement de cellules musculaires lisses et des vaisseaux.

On peut en même temps rencontrer des kystes au milieu des parties dégénérées. Rokitsansky a décrit cette variété sous le nom de cystosarcomes utérins, Schröder sous celui de myosarcomes kystiques.

Ce sont là des tumeurs malignes, qui récidivent sous forme de sarcomes. Nous en avons eu un bel exemple en 1892.

(La polyclinique. — Gaz. de gyn.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Traitement de la dysménorrhée

par A. LUTAUD.

Je ne m'occupe ici que de la thérapeutique médicale

laissant volontairement de côté toute intervention chirurgicale.

Il importe de distinguer, au point de vue thérapeutique, trois variétés de dysménorrhée :

- La dysménorrhée congestive ou inflammatoire ;
- La dysménorrhée membraneuse ;

La dysménorrhée par rétention du corps étrangers (dysménorrhée obstructive).

A. — *Dysménorrhée congestive ou inflammatoire.*

S'observe surtout chez les vierges, les nullipares et les chloro-anémiques.

I — Combattre les symptômes généraux par une médication appropriée. Les femmes dysménorrhéiques étant presque toujours névropathes, l'hydrothérapie est particulièrement indiquée. Veiller au fonctionnement régulier de l'intestin.

II. — Pendant la période intermenstruelle, faire prendre avant chaque repas une cuillerée à café de :

Citrate de fer et de quinine	1 gramme.
Alcool à 90°.....	10 —
Eau.....	190 —

dans un peu d'eau ou de vin blanc.

III. — Pendant la période menstruelle et aussitôt que survient l'élément douleur :

Repos au lit, serviettes chaudes, cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Prendre toutes les deux heures un des cachets suivants :

Salicylate de soude.....	} à 15 centigr.
Analgsine.....	

IV. — Alternier ces cachets avec :

Teinture de viburnum prunifolium	2 grammes.
Elixir de Garus.....	30 —
Sirop de menthe poivrée.....	15 —
Eau distillée.....	100 —

La teinture de viburnum prunifolium représente un modérateur du pouvoir excito-moteur de la moelle, dont l'action se localise particulièrement sur l'appareil utéro-ovarien.

V. — Si la douleur est intense et s'il existe de l'excitation et de l'insomnie, donner à l'heure du coucher :

Hydrate de chloral.....	} à 6 grammes.
Bromure de strontium...	
Teinture de chanvre indien	XV gouttes.
Sirop d'écorce d'orange...	60 grammes.

Une cuillerée à soupe dans une peu d'eau fraîche à l'heure du coucher ; une seconde cuillerée dans la nuit, si cela est nécessaire.

VI. — Ou, si l'estomac est fatigué, le lavement :

Hydrate de chloral.....	4 grammes.
Eau.....	200 —

VII. — L'opium ne doit pas être employé chez les femmes ayant de la tendance à la constipation. Il augmenterait le tympanisme et les phénomènes dyspeptiques.

Lorsque son emploi est tout à fait nécessaire, je prescris le lavement.

Laudanum de Sydenham.	XX gouttes.
Camphre pulvérisé.....	20 centigr.
Jaune d'œuf.....	N° 1.
Eau.....	200 grammes.

pour un lavement émulsionné, administré le soir, trois heures après le dernier repas.

B. — *Dysménorrhée membraneuse.*

On sait que, dans cette variété, également fréquente chez les vierges et les nullipares, l'utérus élimine à chaque période menstruelle une matière organisée présentant les caractères histologiques de la muqueuse utérine. Dans quelques cas, cette expulsion n'a lieu que tous les trois ou quatre mois et même plus rarement. Les douleurs prennent, dans ce cas, le caractère expulsif.

Combattre l'élément douleur par le traitement ci-dessus (A).

Aussitôt que la menstruation commence, placer la malade dans un lit bien chaud, appliquer des serviettes chaudes et préférence des sacs de caoutchouc remplis d'eau chaude sur les membres inférieurs et le sacrum. Cataplasmes laudanisés très chauds sur l'abdomen.

VIII. — Donner chaque soir, jusqu'à cessation des douleurs, les lavements sédatifs. Voici une autre formule qui convient particulièrement à la dysménorrhée membraneuse :

Teinture d'asa foetida.....	5 grammes.
Teinture de belladone.....	XX gouttes.
Laudanum de Sydenham..	X —
Eau tiède.....	100 grammes.

IX. — Faire toutes les quatre heures, jusqu'à l'arrivée des règles, une injection vaginale très chaude avec :

Eau à 45°.....	2 litres.
Essence de thym.....	XX gouttes.

X. — Dans les cas où la dysménorrhée membraneuse résiste aux traitements ordinaires et que la santé générale est sérieusement ébranlée, il faut renouveler la muqueuse utérine et pratiquer le curettage pendant l'anesthésie, après dilatation préalable. Le curettage aura, en outre l'avantage de combattre la stérilité, qui est souvent une des conséquences de la dysménorrhée membraneuse.

C. — *Dysménorrhée obstructive.*

Je désigne sous ce nom la dysménorrhée d'origine

mécanique. Lorsqu'un obstacle s'oppose à la libre issue du sang menstruel accumulé dans la cavité utérine; il se produit des contractions utérines douloureuses, de la distension abdominale et même des symptômes plus graves. La dysménorrhée obstructive peut également être occasionnée par le séjour, dans l'utérus, de corps étrangers; produits de rétention ovulaires ou placentaires, petits polypes, etc.

Les causes de cette variété de dysménorrhée sont donc; rétrécissement congénital ou acquis du canal cervical.

Flexions ou versions de l'utérus déterminant le séjour du sang dans la cavité du corps.

Rétention de corps étrangers dans l'utérus.

Traitement. — Combattre la douleur et les contractions utérines par les traitements ci-dessus (A. et B).

XI. — Lorsqu'il existe du rétrécissement du canal cervical, pratiquer chaque mois de dilatation utérine avec une tige de laminaire parfaitement aseptique.

Introduire, après avoir retiré la tige laminaire, une bougie utérine ainsi formulée :

Iodoforme en poudre.....	1 gramme.
Gomme arabique.....	} à 2 —
Glycérine pure.....	
Amidon.....	

pour une bougie ayant 6 centimètres de longueur.

XII. — Dans la rétroversion, cause fréquente de dysménorrhée obstructive, placer un pessaire de Hodge. Faire, pendant toute la période menstruelle, deux injections chaudes par jour. Le pessaire sera évidemment conservé pendant la menstruation.

XIII. — Lorsqu'on suppose l'existence de débris placentaires ou d'un corps étranger, pratiquer la dilatation, puis le curetage.

Enfin, lorsque tous ces moyens ont échoué, on appliquera à la dysménorrhée obstructive par stricture ou rétroversion les traitements chirurgicaux proposés par Sims et décrits dans les ouvrages classiques (discision du col, amputation du col, etc).

(*Journ. de méd. de Paris.*)

Leucoplasié linguale et syphilis

(*Société Médicale des hôpitaux*)

M. Gaucher a observé un malade sans antécédents connus de syphilis, atteint d'émiplegie. Ce malade était porteur d'une leucoplasié linguale. Une injection de benzoate de mercure fut faite et le malade fut amélioré dès le lendemain. M. Gaucher insiste sur l'origine syphilitique de la leucoplasié linguale, qui est une affection para-syphilitique. M. Gaucher conseille d'employer pour le traitement la formule suivante :

Benzoate de mercure.....	1 gramme
Chlorure de sodium.....	0 gr. 75
Eau stérilisée.....	100 gr.

Il est nécessaire que le benzoate de mercure soit de préparation récente. Les injections ne sont pas alors douloureuses.

(*Le Progrès Médical.*)

Traitement de la pneumonie grave.

(par Duleau).

Y a-t-il des cas où la saignée soit vraiment utile? oui, quand l'oppression est très vive, l'expectoration sanglante et que le malade est robuste.—Une seule saignée assez copieuse ou des sangsues sur le point le plus hépatisé.

Dans les formes graves, adynamiques, insectueuses, c'est surtout sur l'alcool, la quinine, que l'on doit insister; au besoin, on combattra l'hyperthermie par la baignation froide, et l'adynamie ou le collapsus par les injections hypodermiques de strychnine et de caféine.—Voici deux formules :

R) Sulfate de Strychnine.....	1 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

Trois seringues par jour — environ 20 gouttes chaque fois.

R) Benzoate de soude.....	} à 2 grammes.
Caféine.....	
Eau distillé.....	

Trois seringues par jour.

Si on n'a pas ce qu'il faut, ou que le cas ne soit pas trop pressant, donner toutes les heures une cuillerée à bouche de la potion suivante, qui pourra d'ailleurs être administrée concurremment avec les injections :

R) Extrait de quinquina.....	3 grammes.
Teinture de canelle.....	5 —
Acétate d'ammoniaque...	10 —
Sirop d'écorce d'orange	} à 50 —
Eau-de-vie.....	
Eau distillée de mélisse..	120 —

F. S. A.

C'est une bonne potion stimulante.

D'aucuns ont préconisé la digitale quand il y a défaillance cardiaque, que le pouls est très faible, etc.

Mais il vaut infiniment mieux recourir aux injections de strychnine et de caféine.

Les injections de sérum artificiel (eau salé à 7 pour 1000) qu'on mesure, celles de strychnine et de caféine en tout cas leur venir en aide.

De nombreuses médications annexes auraient pu trouver place dans cette description, mais elles visent

soit des cas spéciaux, soit des théories encore incertaines ; aussi n'avons-nous pas voulu en parler.

Une exception cependant doit être faite en faveur d'une médication originale, qui, dans des cas désespérés, a réussi plusieurs fois.

Avec une seringue stérilisée, on pratique à la partie externe et moyenne des deux cuisses et à la région deltoïdienne des deux bras, une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine, soit en tout 4 centimètres cubes.

La douleur est fort vive, et le lendemain on trouve un empatement suivi bientôt d'un phlegmon qu'on ouvre et qu'on traite comme à l'ordinaire.

C'est le professeur Fochier (de Lyon) qui, ayant observé des guérisons inattendues, à la suite d'abcès survenus dans des cas de pneumonie fort graves, a eu l'idée de ce traitement.

Le professeur Lépine a obtenue, après Fochier, un succès, et le professeur Dieulafoy, deux chez des femmes atteintes de pneumonie très grave et en imminence de suppuration.

(J. de méd. de Paris.)

Traitement des bronchites avec bronchoplogie

Le traitement actuel des bronchites, qu'elles soient aiguës ou chroniques, vise surtout pratiquement deux choses : modérer la toux et tarir la sécrétion bronchique, indication dont les opiacés et les balsamiques font surtout les frais. Il est une troisième indication à laquelle on pense en général fort peu et qui, pour effacée qu'elle soit le plus souvent, peut, dans certains cas, acquérir l'importance de premier ordre : nous voulons parler de la stimulation des muscles bronchiques, de la lutte contre la bronchoplogie.

La bronchoplogie, la paralysie des muscles lisses des bronches, joue, en effet, un rôle capital en deux circonstances : 1° au cours de quelques bronchites consécutives à certaines maladies infectieuses, telle la diphtérie, telle la grippe surtout, dans laquelle il existe une véritable forme bronchoplogique consécutive à l'action sélective de la toxine infectieuse sur le système neuromusculaire pulmonaire ; 2° au cours des bronchites chroniques dans lesquelles la bronchoplogie constante est d'origine mécanique.

Dans la grippe à forme bronchoplogique les muscles lisses des bronches sont frappés d'emblée, quelquefois sans fièvre, sans phénomène prémonitoire. C'est, en quelque sorte, le syndrome bronchoplogique à l'état de pureté. Le symptôme dominant c'est la respiration difficile, la dyspnée graduelle, progressive, sans qu'au début l'auscultation révèle de bronchite appréciable. Puis la sécrétion s'établit et, par suite de l'inertie totale des bronches, la toux est impuissante à les débarrasser des sécrétions qui s'y accumulent ; on assiste à l'encom-

brement des bronches, à la gêne croissante de l'hématose à l'asphyxie progressive, si quelque complication n'en vient pas raccourcir les périodes.

Dans la grippe encore, il existe des *congestion vago-paralitiques* dont la durée est interminable quand le dénouement n'en est pas fatal. Il y a atonie, collapsus de tout le système pulmonaire, par perte de la contractilité bronchique et diminution de l'élasticité des vésicules pulmonaires.

On conçoit combien, dans ces cas, la médication opiacée symptomatique sera impuissante, voire funeste, en augmentant la congestion des voies respiratoires, en rendant l'expectoration plus difficile et partant en aggravant l'encombrement bronchique.

Dans les *bronchites subaiguës ou chroniques*, le rôle de la bronchoplogie a été bien mis en lumière par M. Renaut. Ici ce n'est pas l'action d'une toxine infectieuse sur le système d'innervation pulmonaire qui est la cause de la bronchoplogie, comme dans les cas précédents, mais la disjonction mécanique plus ou moins complète des muscles de Reissessen par l'œdème sous-muqueux. Les extrémités des arcs musculaires dissociés par l'œdème ne se touchent plus, d'où inertie musculaire.

“ Les plis de la muqueuse, dont le maintien dépend des muscles qui froncent celle-ci comme un cordon serré une bourse, peuvent s'effacer presque complètement sous l'influence de cette inertie musculaire. Telle est la cause initiale de la dilatation bronchique qui accompagne constamment, bien qu'à des degrés variables, le catarrhe pulmonaire devenu chronique”. Et après avoir exposé une théorie peut-être discutable de l'influence antisécrétoire de la contraction des dits muscles, il conclut ainsi : L'activité “ des muscles de Reissessen récupérée, c'est la fin de la dilatation cylindroïde des bronches, la fin des clapiers muco-purulents obstruant les plis de la muqueuse et aussi—peut être avant tout—la modulation du flux glandulaire bronchique... du même coup, on touche la congestion vasculaire, origine de l'œdème chronique interstitiel.

* * *

Quelle conclusion pratique devons-nous tirer de ces faits ?

Celle-ci : *Dans le traitement de toute bronchite aiguë ou chronique, il faut toujours penser à bronchoplogie pour la combattre.* Cette indication est constante dans tous les cas de bronchite chronique, car la bronchoplogie y est constante. Elle s'impose dans les bronchites aiguës : 1° quand la dyspnée, en l'absence de toute lésion cardiaque, est hors de proportion avec les phénomènes stéthoscopiques ; 2° quand l'encombrement bronchique augmente rapidement ; 3° quand la bronchite tenace, rebelle au traitement, devient subaiguë et menace de passer à la chronicité.

Dans ces cas, nous ne devons pas nous croire en

règle avec notre conscience par la prescription banale d'un sirop dit "calmant", fut-il formulé de la façon la plus correcte ; les bronches ont moins besoin d'être calmées que d'être stimulées ; ici, l'opium, merveilleux à l'ordinaire, devient une arme dangereuse ; nous devons nous méfier des calmes trompeurs qu'il procure, derrière lesquels l'asphyxie sournoise marche et progresse. S'il est toujours indiqué de calmer la toux, ici il faut tout au plus la modérer, il faut surtout s'efforcer de la rendre rare, mais efficace, désencombrante, expulsive ; là est le salut. Comment y parvenir ? En stimulant le système nerveux, en réveillant la contractilité bronchique, et, à ce point de vue, l'arsenal thérapeutique nous fournit deux armes puissantes : l'ergot de seigle et la strychnine.

* * *

C'est bien fortuitement que nous avons vérifié, après bien d'autres, l'effet puissant qu'on est en droit d'attendre de l'ergot de seigle dans certaines bronchites chroniques. Chez une femme âgée atteinte de catarrhe pulmonaire ancien, nous sommes appelé un jour pour des hémoptysies répétées, non fébriles, consécutives à de la congestion des deux bases ; faisant de la médication symptomatique nous prescrivons, entre autres choses, des pilules cardio-toniques hémostatiques :

Extrait de jusquiame.....	0 gr. 01
Sulfate de quinine.....	0 gr. 05
Ergotine.....	0 gr. 10

F. S. A pour une pilule, en faire 30 semblables. En prendre une toutes les deux heures sauf la nuit, soit six à huit dans les vingt-quatre heures.

Nous eûmes la satisfaction de voir les hémoptysies cesser presque immédiatement, et le catarrhe s'amender graduellement. Depuis nous l'avons employé systématiquement et le plus souvent avec succès dans bien des bronchites chroniques.

M. Renaut, qui a systématisé l'emploi de l'ergot dans les bronchites chroniques, a adopté la pratique suivante. Les quatre premiers jours de la semaine il donne des balsamiques : terpine, sirop de baume de Canada, sirop de Tolu, capsules de térébenthine de Venise les trois derniers jours il administre l'ergotine en suppositoires, associée à l'opium ou à la jusquiame :

Extrait de jusquiame.....	1 centigr.
Poudre d'opium brut.....	10 —
Ergotine Bonjean.....	30 —
Beurre de cacao.....	q. s.

On pourrait aussi administrer cinq jours par semaine six des pilules suivantes, prises en trois fois dans les vingt-quatre heures en même temps qu'une infusion chaude sucrée avec du sirop de Tolu :

Extrait de jusquiame... ..	1 centigr.
----------------------------	------------

Terpine.....	10 —
Ergotine Bonjean.....	5 —

Pour une pilule. En faire 30 semblables.

* * *

Dans les *bronchoplégie de la grippe*, il sera utile de souligner, de renforcer l'action bronchotonique de l'ergotine par celle, plus puissante encore et plus rapide, de la strychnine qui jouit, en outre, de propriétés stimulantes à rechercher particulièrement dans une affection aussi asthénisante que la grippe. On pourra prescrire :

Sulfate de strychnine.....	1 milligr.
Ergotine.....	5 centigr.
Sulfate de quinine.....	10 —

F. S. A. pour une pilule n° 30. Une toutes les deux heures, nuit exceptée, soit six à huit dans les vingt-quatre heures, en même temps qu'une infusion chaude sucrée avec du sirop de Tolu, et additionnée d'une cuiller à café de vieux cognac.

(Gaz. méd. Belge.)

Traitements des sueurs nocturnes des phtisiques par le Tannoforme

Les sueurs nocturnes constituent pour les phtisiques un inconvénient presque aussi grave que la fièvre, aussi est-il toujours indiqué de les faire disparaître dans la mesure du possible. Malheureusement, les anti-sudorifiques (atropine etc.) généralement recommandés n'agissent souvent que pendant un certain temps, car les malades s'y accoutument rapidement.

Pour continuer leurs effets bienfaisants, il faudrait alors administrer des doses qui ne sont plus supportées par les patients (dyspepsie causée par l'atropine, etc.)

On obtient quelquefois de grands soulagements, dans les cas légers, au moyen des anti sudorifiques externes ; mais leur action est très douteuse dans les cas graves ; ils comportent de l'eau additionnée de sel et de vinaigre, ou bien d'essence de citron. D'une façon générale, on préfère user des médicaments externes, afin de ménager le tractus intestinal, déjà très délicat des tuberculeux.

Dans cet ordre d'idées, Hirschfeld a préconisé les badigeonnages avec un mélange à parties égales de formol et d'alcool absolu ; les résultats en sont excellents, mais le formol est assez irritant localement pour la peau, et ses vapeurs sont d'une action irritante aussi sur la muqueuse respiratoire.

Pour éviter ces inconvénients, Burghart recommande une solution alcoolique de formol à 10%, additionnée de 3 ou 4 parties pour 100 d'huile de menthe poivrée. C'est là un mélange très bon d'après Holda ; mais ce traitement n'est guère profitable que dans un hôpital, car il est trop minutieux pour être confié au malade lui-même.

Dernièrement, Strasburger a préconisé contre les

sueurs nocturnes des phtisiques le tannoforme, qui est un produit de condensation du tannin et de la formal-déhyde.

Cette préparation possède de nombreux avantages : Son emploi est très simple (il suffit en effet d'enduire les parties du corps, sujettes à la transpiration avec un mélange composé d'une partie de tannoforme pour deux parties de talc) ; en outre ce produit n'est ni toxique, ni irritant.

Strasburger a employé le tannoforme dans huit cas légers de transpiration, sans fièvre ; il a suffi de 4 à 11 badigeonnages pour obtenir une guérison complète. Une fois seulement le mélange fut trouvé trop irritant par le malade ; il y eut amélioration, mais non pas guérison complète.

Sur quatre cas de transpiration accentuée, on obtint trois guérisons complètes et une amélioration. Ce sont là des résultats très satisfaisants.

Le tannoforme constitue donc contre les sueurs nocturnes des phtisiques un remède, sinon supérieur, du moins très avantageux. Il n'est pas toxique, et son emploi est très simple, il suffit généralement de frictionner la poitrine ; dans les cas plus accentués, il faut encore en enduire la nuque, les reins, et quelquefois les membres. On peut se servir soit d'une solution, soit de la poudre de tannoforme. L'auteur fait remarquer que, dans plusieurs cas, la disparition de la sueur coïncida avec une chute de la température. (*Berliner klinische Wochens.* 1901, n° 26).

(*Le Corresp. méd.*)

PEDIATRIE

Traitement des infections gastro intestinales des nourrissons.

par M. LEVI-SIRUGUE,

Quelle que soit la forme clinique que revêt une gastro-entérite aiguë au premier âge de la vie, la thérapeutique varie peu. Que ce soit un choléra avec catarrhe intestinal ou au contraire un choléra sec, peu importe, il s'agit toujours de phénomènes produits par la rétention de toxiques, et la conduite du médecin doit toujours viser à *supprimer d'une manière absolue l'apport de toxiques, et à faire éliminer ceux qui existe déjà.* La conduite varie peu, même s'il s'agit d'une forme légère ; car ces petites entérites ne doivent jamais être négligées, surtout pendant la saison des chaleurs.

Pour *supprimer l'apport des substances toxiques*, il faut faire chez l'enfant ce qu'on ferait chez l'adulte en pareil cas : il faut instituer une diète sévère. Cette pratique si sage, déjà préconisée autrefois par Niemeyer, Trousseau, n'a que difficilement eu raison des préjugés du public et des médecins. Il semblait qu'il y eut danger de laisser à jeun un nourrisson, or le nouveau-né

supporte très bien une privation d'aliments même assez prolongée à condition qu'on lui fournisse de l'eau en quantité suffisante pour empêcher la déshydratation de ses tissus, ce qui est surtout nécessaire lorsqu'il y a une diarrhée abondante. On mettra donc l'enfant dès le début des accidents à la *diète hydrique* et on la continuera tant que persisteront les symptômes graves. On donnera par cuillerées 25 grammes tous les quarts d'heure d'eau bouillie ou de l'eau légèrement sucrée, ou encore de l'eau albumineuse que l'on prépare en mettant deux à trois blancs d'œuf dans un litre d'eau bouillie. Dans les cas très graves, l'eau sucrée et l'eau albumineuse pourraient être l'origine de fermentations. Aussi leur préférera-t-on l'eau pure ou du thé ou du grog léger.

La diète hydrique sera prolongée pendant vingt-quatre heures au moins ; on pourra la continuer au besoin pendant trente-six heures. Au bout de ce temps l'amélioration est en général assez manifeste, même dans les cas graves, pour qu'on puisse donner à l'enfant un peu d'eau panée ou du kéfir pendant quelques jours. S'il y avait une menace de reprise des accidents on reviendrait à la diète complète. L'enfant qui vomit supportera mieux les boissons froides ou même glacées.

La seconde indication est, comme nous avons dit, de *débarrasser l'intestin des produits en pétrification.* Pour cela rien ne vaut les *grands lavages de l'intestin, l'entérolyse.* La technique de cette opération est des plus simples. L'appareil se compose d'un réservoir, d'un tube de caoutchouc, et d'une sonde rectale. Le réservoir est un bock ordinaire d'une contenance de 2 litres, présentant à sa base un orifice où, par le moyen d'une petite tubulure, vient s'adapter le tube en caoutchouc de la grosseur du petit doigt et d'une longueur de 1 mètre et demi. Ce tube d'autre part se raccorde par le moyen d'un petit tube de verre long de quelques centimètres à la sonde rectale qui est une sonde de Nélaton n° 25 de la filière Charrière. Une pince mobile posée sur le tube fait l'office de robinet.

On procède ainsi. On dispose sous l'enfant une toile cirée. L'enfant est couché sur le dos, en travers du lit et au bord. La personne qui tient le bock fléchit les cuisses de l'enfant. On fait incliner légèrement à droite le bassin de l'enfant. On enfonce la sonde lentement et successivement ; il est inutile de l'enduire de vaseline, il suffit qu'elle soit humectée. On l'enfonce de 20 centimètres et en peut facilement la sentir à travers la paroi abdominale dans le colon.

L'aide élève le bock de 30 centimètres au-dessus du lit, l'opérateur avec sa main libre serre sur la sonde les parties cutanées et musculaires du périnée pour empêcher le liquide de sortir. Si le liquide cessait de descendre on élèverait un peu le bock.

Lorsque le bock est vidé, on dégage la sonde du tube de verre qui la relie à l'appareil. Le liquide sort alors en jet saccadé.

Le meilleur liquide pour ces injections est l'eau

bouillie additionnée de 6 à 7 grammes de chlorure de sodium par litre, ce liquide en effet moins nocif pour la muqueuse intestinale que l'eau pure. On pourrait lui substituer de l'eau de guimauve. Le liquide sera injecté à une température de 25 degrés ; dans les cas où il y a une forte hypothermie on pourrait élever jusqu'à 38 degrés la température du liquide. On injectera de 1 à 2 et demi. Souvent on pourra se contenter de deux lavages par jour, un le matin, un le soir, dans les cas graves on pourrait les répéter toutes les quatre heures.

Nous avons vu comment on pouvait remplir les deux principales indications des entérites aiguës, par la diète hydrique et les grands lavages intestinaux. L'action de ces moyens peut être aidée par des adjuvants précieux. Pour combattre les vomissements si fréquents dans ces cas le procédé le plus efficace consiste dans les lavages d'estomac avec une solution faible de bicarbonate de soude ; ces lavages sont d'une technique très simple chez le nourrisson, plus simple même que chez l'adulte. Nous ne nous y arrêterons pas car elle n'a rien de spécial. A ces moyens on ajoutera la balnéation qui rend de si grands services dans la plupart des infections aiguës en stimulant le fonctionnement de la peau et facilitant la sortie des toxines. On donnera un bain quotidien à 28 ou 30 degrés s'il y a de l'hyperthermie à 35 degrés, s'il y a tendance à l'algidité, et dans ce dernier cas on se trouvera souvent bien de l'emploi des bains sinapisés. Toujours dans les mêmes idées, il est rationnel d'employer les injections intra-musculaires de sérum artificiel (solution saline à 7 p. 1000) à dose de 10 à 40 centimètres cubes selon l'âge et répétées trois à quatre fois par jour.

Y-a-t-il des douleurs ? On les calmera par l'application sur le ventre de compresses chaudes et humides recouvertes de taffetas gommé.

Y-a-t-il de la constipation ? Les laxatifs peuvent être indiqués. On s'adressera surtout à l'huile de ricin et au colomel. Ce dernier médicament a joui d'une grande vogue et peut être à juste titre considéré comme un antiseptique de l'intestin ; mais son action irritante doit faire proscrire les doses élevées et trop souvent répétées. On se contentera d'une dose maxima de 5 à 20 centigrammes divisée en plusieurs prises. M. Marfan se sert de la formule suivante :

Calomel..... 1 centigramme.
Sucre.....50 centigrammes.

Divisez en cinq paquets, un paquet toutes les demi-heures.

Dans les colites aiguës dysentériques, M. Avira-gnet a eu de remarquables résultats par l'emploi du sulfate de soude à dose faible. Dans un cas très grave chez un enfant de dix-huit mois malade depuis vingt-cinq jours et chez qui la colite tout à fait dysentérique avait résisté à tous les traitements, il prescrivit le premier jour 5 grammes de sulfate de soude et 250 les

jours suivants. Du jour au lendemain l'état du petit malade se transforma ; le sang disparut dès le surlendemain, le troisième jour l'enfant était constipé et on dut employer de petits lavements d'huile d'olive. La guérison se maintint. Le sulfate de soude sera donné dessous dans un verre d'eau sucrée en trois ou quatre prises.

Ces affections aiguës peuvent laisser après elles, un état de gastro-entérite chronique, qui conduit à une cachexie spéciale qu'on connaît depuis Parrot sous le nom d'athrepsie. C'est chez des nourrissons au biberon qu'on observe ces troubles. Les vomissements, les régurgitations persistent, les selles diarrhéiques sont d'aspect variable, tantôt blanches et fétides, tantôt vertes. L'enfant refuse la nourriture, il maigrit rapidement, la perte de poids peut aller jusqu'à 500 grammes par jour. La face se ride, ce qui donne au nourrisson l'aspect d'un vieillard, les fontanelles se dépriment, les os du crâne chevauchent. Ces nourrissons ainsi cachectisés sont, surtout dans le milieu hospitalier riche en germes infectieux, la proie des infections secondaires, qui ne tarde pas à les emporter : ici c'est une otite suppurée qui survient, ailleurs un érysipèle, la broncho-pneumonie est la terminaison ordinaire, le muguet vient encore apporter un trouble à l'alimentation de l'enfant. Il en est qui font des abcès multiples dus aux germes ordinaires de la suppuration ; d'autres succombent à gangrènes disséminées de la peau. Comme chez les cachectiques en général ces infections secondaires, quelque graves qu'elles soient, n'éveillent pas de réaction fébrile, souvent même la température descend au-dessous de la normale.

Que peut-on faire contre ces infections chroniques du tube digestif ? On peut d'abord souvent les prévenir en continuant à surveiller le nourrisson qui a été atteint d'une gastro-entérite aiguë grave, en réglant avec une extrême sévérité les prises de lait, en ne permettant que du lait stérilisé si l'enfant n'est pas au sein, en retardant le sevrage dans le cas contraire jusqu'après la disparition complète des accidents. Si l'enfant a tendance à la constipation on usera la magnésie calcinée, de l'huile de ricin et de la manne ; le massage abdominal sera utile. Si la diarrhée persiste, on essayera le bismuth, la résorcine, le tannin ou ses dérivés, la tannalbine ou le tannigène, ce dernier à la dose de 0,10 à la 0,30 centigrammes ; l'eau alcaline, telle que l'eau de Vals par exemple, administrée par petites cuillerées un peu avant les prises de lait, rendra service. Dans les cas rebelles on pourrait essayer l'acide lactique sous forme de limonade lactique (2 grammes d'acide pour 100 grammes de sirop simple).

L'alimentation qui sera souvent le mieux tolérée dans ces cas, c'est la viande crue, préconisée par Trouseau, surtout contre les diarrhées du sevrage. On la prépare en hâchant de la viande de mouton de préférence, ce hâchis est écrasé dans un mortier et tamisé

ensuite. Les enfants prennent généralement assez volontiers cette nourriture. Au cas où l'enfant manifesterait de la répugnance, on ferait des boulettes mélangées avec du sel, du sucre, ou des confitures. Il faut commencer par de petites doses, 25 grammes, pris en deux ou trois fois. On peut élever la dose progressivement jusqu'à 100 à 150 grammes.

Ces mêmes moyens seront utiles dans l'*athrepsie*, mais le meilleur remède sera de mettre l'enfant au sein. Dans ces conditions l'*hypodermoclyse par le sérum artificiel* rendra de grands services, et on peut ainsi parvenir à arrêter la diminution du poids, et même à en relever la courbe. Des injections d'huile camphrée pourront encore être employées pour stimuler la nutrition. On maintiendra dans une atmosphère chaude ces enfants qui ont tellement de tendance à tomber en état d'hypothermie. On veillera surtout à les prémunir de tout contact infectieux, et la tâche sera à ce point de vue plus facile dans la clientèle de ville, aussi le pronostic y sera-t-il moins grave que dans le milieu hospitalier. Ces enfants devront être tenus avec une propreté méticuleuse pour empêcher les infections cutanées si fréquentes et si graves chez eux. Le muguet sera combattu par les lavages d'estomac à l'eau de Vichy (Hutinel). Enfin pendant la belle saison on les soumettra, si la chose est possible, à une cure d'air et de soleil en les exposant à l'air protégés de l'influence directe des rayons du soleil. M. Hutinel qui depuis plusieurs années procède ainsi dans son service des Enfants Assistés en obtient les meilleurs résultats.

Dans ces formes chroniques comme d'ailleurs dans les gastro-entérites aiguës, choléra infantile, entéro-colit aiguë on pourra essayer la *levure de bière* qui a une action antiseptique certaine. Après un grand lavage d'estomac on donnera un lavement contenant une cuillerée à café de levure pour 60 grammes d'eau bouillie tiède. Ce lavement peut être renouvelé deux à trois fois dans les vingt-quatre heures. Si la diarrhée persistait on donnerait par voie buccale une à deux cuillerées à café de levure, son action paraissant plus intense lorsqu'on l'administre par cette voie.

(Gaz. des hop.)

Furonculose et erysipele des nouveaux nés

par le professeur BUDIN

La furonculose, affection peu grave chez l'adulte, n'a pas toujours, il s'en faut, la même bénignité chez les nouveau-nés. D'une part, en effet, sa guérison est parfois extrêmement difficile à obtenir, non pas en temps que lésions, mais en tant que poussées. On voit des enfants qui, pendant des semaines et des mois présentent des éruptions successives et subintrantes de furoncles avec une fièvre assez vive à laquelle ils

peuvent même succomber. D'autre part, en raison de sa contagiosité, cette affection n'est pas sans inconvénients pour les autres enfants et les grandes personnes qui les approchent. Je me souviens avoir été appelé, en 1887, auprès d'un nouveau-né atteint de furoncle au genou gauche. Je trouvai la famille et surtout la sage-femme véritablement effrayées. Il y avait eu, quelques années auparavant, chez la sœur aînée du bébé malade, une semblable éruption de furoncles à laquelle on n'avait pas attaché tout d'abord, d'importance. Puis, de contagion en contagion, il s'en était suivi une véritable épidémie. Enfant et adultes en avaient souffert si cruellement que tous en conservaient encore le plus pénible et le plus désagréable des souvenirs. Je rassurai la sage-femme, j'appliquai la médication dont je vais maintenant parler et, en quelques jours, tout fut terminé.

Quelle conduite convient-il de tenir contre les furoncles des nouveau-nés ? Ils sont redoutables par leur contagiosité et la facilité avec laquelle ils s'inoculent chez le petit malade lui-même et chez ceux qui l'entourent. Pour éviter cette diffusion il faut désinfecter et en même temps isoler le mal. Prenez du collodion, de l'éther, une solution de sublimé et une lancette flambée. Si le pus est collecté, incisez l'abcès, videz-le, lavez à l'éther puis au sublimé pour décapier et désinfecter la peau. Appliquez enfin sur le furoncle ainsi traité une couche de collodion au-dessous de laquelle la guérison se produit sans inoculation possible au voisinage. Si la suppuration n'est pas encore formée, nettoyez à fond la peau et recouvrez le collodion. Deux ou trois jours plus tard, le moment est venu d'inciser. Enlevez alors la couche de collodion, libérez la collection purulente et procédez comme précédemment. J'ai toujours employé avec succès cette méthode de traitement ; grâce à elle, on prévient l'infection des glandes sébacées voisines et les multiples contagions possibles. Je vous présente un jeune enfant guéri en quelques jours par ce procédé d'une poussée menaçante de furoncles sur la tête. L'éruption ainsi localisée s'est éteinte rapidement sans donner naissance à aucune complication.

Nous avons soigné, en même temps, un autre nouveau-né atteint d'érysipèle. Le furoncle du premier n'a pas pu évidemment être cause de l'affection du second, car les deux maladies ne relèvent pas du même agent microbien. J'ai fait porter ailleurs mon enquête étiologique et celle-ci m'a montré, chez la mère une otite suppurée, qui jusqu'alors avait échappé à notre attention cause probable de l'érysipèle du nourrisson.

L'état de ce dernier, malgré les bains de sublimé n'a pas tardé à devenir grave et peu à peu sa vitalité a affaibli. Particularité intéressante: pendant ce temps sa courbe de poids s'est maintenue bonne et légèrement ascendante à tel point que les élèves du service, trompés par cette indication, portaient quand même

un pronostic favorable. La fièvre, cependant, persistait et la respiration devenait difficile. Dans ces conditions, malgré l'augmentation de poids, je n'eus aucune illusion sur l'issue fatale et effectivement l'enfant a succombé. Voilà donc une mère qui, par une suppuration d'oreille à laquelle elle n'attache aucune importance, cause à son enfant un érysipèle intense et mortel. Vous voyez quelles précautions il est nécessaire de prendre contre toutes les sources d'infection.

Je désire attirer également l'attention sur un autre fait intéressant : malgré la fièvre, malgré l'érysipèle, malgré la mort prochaine, la courbe de poids du nourrisson est restée satisfaisante et progressivement ascendante. J'ai bien souvent noté cette particularité paradoxale avec nombre d'affections infantiles, la lymphangite péri-ombilicale, la broncho-pneumonie en particulier. Assurément il n'en est pas toujours ainsi ; toutefois, cette éventualité est fréquente. On ne doit donc pas tirer de la courbe des poids des conclusions trop précises quant au pronostic. Lorsque le nouveau-né présente une ascension régulière du poids, vous pouvez penser que, se nourrissant normalement, il va lutter et se trouver dans d'assez bonnes conditions relatives de résistance. Mais n'allez pas au-delà, ne dites pas aux parents : votre enfant augmente de poids, tout va bien. Tenez compte du pouls, de la température, de la maladie dont il est atteint autant et même plus que de la courbe de poids.

(*Le concours méd.*)

Coq-à-l'âne médicaux.

L'ulcère rond de l'estomac.—Fuetterer, de Chicago, s'appuyant sur les avancés de Silbermann, se base sur l'hémoglobinhémie pour instituer son traitement. La diminution de l'hémoglobine étant une des causes de l'ulcère de l'estomac, quand le taux de l'hémoglobine redeviendra normal, l'ulcère guérira. Il donne le jus de cinq livres de bœuf par jour : prescrit le repos. Lorsque l'hémoglobine est redevenue normale, le malade est privé de boire et de manger pendant cinq ou six jours ; pendant ce temps, s'ils sont bien supportés, on peut administrer ces lavements nutritifs faits avec un œuf, cinq grains de pepsine, huit de sérum artificiel et un verre de claret. Puis on permet du lait pendant quatre à six semaines, donnant du jus de viande au besoin. Fuetterer prépare son jus de viande ainsi :—Cinq livres de bœuf frais sans gras, sont hachées, on y ajoute une cuillerée à thé de sel et l'on met dans le deuxième compartiment d'une bouilloire à vapeur ; dans le compartiment externe on met de l'eau tiède. On laisse sur le poêle pendant quatre heures à une température de 120 Fahr. c'est-à-dire à une température qui permet de plonger la main dans l'eau sans l'échauder. La viande doit être

retournée toutes les heures. Le jus est exprimée au bout des quatre heures et le malade boit la chopine en deux fois, midi et l'autre le soir.

Fuetterer donne, pendant la période d'abstention du jus de viande, un lavement d'une chopine d'eau tiède, à 7 heures ; à 8, 12, 4, 8 et à minuit, une injection rectale nutritive d'une drachme de somatose, un œuf, une chopine de lait et une pincé de sel.

Herrick, de Chicago, et Shattuck, de Boston, insistent surtout sur le repos absolu que l'on doit donner à l'estomac, cessant toute alimentation gastrique et employant exclusivement la voie rectale.

(*J. A. M. A.*)

L'alcool attendrit la peau. — Un figaro un peu émêché entame profondément la joue d'un ministre du culte, qu'il rase.

— Vous voyez, mon ami, lui dit le clergymán, ce que l'alcool fait.

— Oui, mon révérend, répond le barbier, ça attendrit beaucoup la peau ! (*Taylor.*)

Le traitement de l'hémiplégie. — Guthrie (*Med. Record.*) insiste avec raison sur la nécessité de ne pas négliger le traitement des muscles et articulation affectés par la paralysie. Tout doit tendre dès le début à prévenir les adhérence articulaires, la rigidité et l'atrophie musculaire : mouvements passifs, correction de position défectueuses, stimulation des muscles antagoniste, rééducation des mouvements, obliger le patient à agir suivant sa capacité, massage et, dans une certaine mesure, l'électrothérapie.

Aux chiens.— Vous ne croyez pas à la médecine et vous jetez les remèdes aux chiens.

Non pas, docteur, si ce sont vos remèdes et mes chiens. (*V. M. S. M.*)

NOUVELLES.

A Fraserville le 21 courant M. le Dr. P. E. Gilbert, conduisait à l'autel Mlle Noémie Puize, fille de M. L. Puize de la Pointe.

— Dans la même ville le 22 du même mois, M. le Dr. Arthur Vaillancourt conduisait à l'autel Mlle Marie Lumina Levasseur, fille de M. L. H. Levasseur.

Nos deux confrères voudront bien accepter nos meilleurs souhaits.

— A Montréal, le 25 courant M. le Dr. L. A. Demers, professeur à l'Université Laval, de cette ville, conduisait à l'autel Mademoiselle Lafèche.

Travaux Originaux

LE CHLORAL COMME VESICANT

Par M. T. BRENNAN, M. D.,

*Professeur de gynécologie à l'université Laval ;
gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.*

Dans le Bulletin de l'Académie de Médecine du 8 Octobre 1901, nous trouvons un travail de M. Bossuet de Massiac, intitulé : Vésication par l'hydrate de chloral. M. Hallopeau, le rapporteur, dit en terminant : " Quoiqu'il en soit, M. Bossuet a eu le mérite de constater un fait nouveau."

Nous ne voulons en rien amoindrir le travail de M. Bossuet, seulement nous désirons rappeler que la vésication par le chloral et les symptômes et les bienfaits accompagnant l'emploi de cet agent ne sont nullement d'aujourd'hui. Il y a pour notre part, bientôt vingt ans que nous employons cette méthode utile de vésication. Nous l'avons vue signalée dans un petit journal américain il y a vingt ans et même étant étudiant à la médecine alors, nous l'avons employée. Et pendant notre internat nous, nos confrères iteres, nos élèves l'ont mis en usage et elle a toujours été des plus utiles.

Nous avons toujours suivi la technique de ce médecin américain dont nous ne nous rappelons plus ni le nom ni la demeure : Etendre de la poudre de chloral, en couche, variable en épaisseur suivant l'effet à obtenir sur un morceau de diachylon, laissant une marge libre tout autour, de un à deux centimètres ; chauffer le diachylon de façon à faire fondre le chloral, les vapeurs qui se dégagent pendant ce temps sont irritantes pour les voies respiratoires surtout. Une fois le médicament fondu, on applique l'emplâtre au lieu voulu ayant soin de bien coller autour la marge libre et de voir à ce que le chloral fondu ne coule pas en dehors. Une application pendant une dizaine de minutes produit généralement l'effet voulu. Plus longtemps, ou une application prolongée, produit une ulcération longue à guérir. Nous nous rappelons encore le cas d'un matelot atteint de lombago sur lequel l'infirmier, par erreur, appliqua une de ces mouches mesurant un pied carré et qui le laissa douze heures. Le malade guérit de son lombago, mais il mit huit semaines à être guéri de sa mouche.

Cette vésication est indiquée lorsque l'on veut produire un effet marqué et cela rapidement ; elle remplace bien efficacement la cantharide sans présenter aucun de ses désavantages. Chez les enfants, c'est notre contreirritant la prédilection, après l'iode. Cette mouche se conduit comme l'on veut : érythème, vésication, ulcération. Nous n'avons jamais remarqué le moindre signe d'intoxication à la suite de l'emploi de cette vésication que nous avons employée et vu employer dans bien des centaines de cas.

200, rue Saint-Hubert.

Revue des journaux

MEDECINE

Les indications prophylactiques et thérapeutiques de la phtisie pulmonaire fondées sur la connaissance de son terrain

Dans de précédentes communications faites à l'Académie des sciences (18 mars 1901), et au Congrès de la tuberculose, à Londres (24 juillet 1901), nous avons montré que, chez 92% des phtisiques, il y avait une augmentation considérable dans la consommation de l'oxygène et dans la production de l'acide carbonique, et nous avons utilisé ce fait comme moyen de diagnostic précoce de la maladie. Ne trouvant ni dans une réaction de défense organique, ni dans une manifestation de l'attaque bacillaire, la raison de ces phénomènes, nous avons été conduits par quelques-uns de nos recherches à penser qu'ils traduisaient un des caractères du terrain apte à l'infection par le bacille de Koch.

Cette proposition est aujourd'hui démontée par des analyses pratiquées sur 30 descendants de phtisiques qui présentent les phénomènes en question dans la proportion de 60%. Nous avons constaté aussi qu'ils constituent le trait commun à tous les états protopathiques de la phtisie, qu'il s'agisse d'alcoolisme ou d'un des modes quelconques de surmenage. Ils caractérisent donc l'une des conditions fondamentales de ces états que l'on désignait jusqu'ici sous le nom vague d'*états de déchéance organique* ; ce qui rend au terrain, dont le diagnostic devient possible, une partie de la valeur dont semblait l'avoir dépossédée l'avènement du bacille de Koch.

Cette découverte montre encore que les états de déchéance pré-tuberculeuse relève d'une vitalité exaspérée jusqu'à l'auto-consommation et non, comme on l'enseigne officiellement à tort, d'une vitalité amoindrie.

Elle bouleverse toutes les idées directrices de la

prophylaxie et du traitement de la phtisie puisque, d'après ces faits, ce qui, dans cette prophylaxie et ce traitement, correspond à l'indication du terrain, consiste principalement en l'emploi des médications dites toniques dont le propre est de stimuler une vitalité et des échanges organiques qui sont déjà en état de suractivité

Elle démontre, au contraire, sans l'intervention de théorie et par le simple exposé des faits, que la prophylaxie de la tuberculose par la modification de son terrain ne doit faire état que de médicaments, de médications et d'agents capables de restreindre le pouvoir qu'a l'organisme de fixer trop d'oxygène et de produire trop d'acide carbonique, c'est à dire de se consumer. Dans le traitement de la maladie confirmée, cette indication conserve toute sa valeur.

Nous avons étudié à ce point de vue 40 médicaments ou agents physiques dont les effets seront successivement mis au jour. Parmi ceux-ci, l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude et l'arsénite de potasse à la dose de cinq milligrammes, le cacodylate de soude à la dose de cinq centigr., le tartre stibié (1 à 5 c.) diminuent les échanges respiratoires des phtisiques dans les proportions suivantes : huile de foie de morue 10.3%, arsénite 27.2%, cacodylate 23% et tartre stibié 21.3%, mais les arsénicaux, quels qu'ils soient, employés à des doses doubles des précédentes, exercent plutôt sur les échanges une action accélérante, puisque l'arsénite de potasse et l'arséniate de soude, par exemple, à la dose de 1 centigramme par jour augmentent notablement les échanges respiratoires,

On possède ainsi un critérium de la dose médicamenteuse optimale qui ne saurait être dépassée sous peine d'accroître le dommage auquel on veut remédier

Les recherches faites sur la respiration d'air chaud et sec, d'air chaud et humide ou d'air froid, sur le refroidissement ou l'échauffement de la surface cutanée éclairent la climatothérapie de la phtisie et de ses états protopathiques. Ainsi, les climats froids ou le phisque peut inspirer de l'air à basse température conviennent aux phtisiques et aux prédisposés, à la condition que la surface du corps soit maintenue à une assez haute température. De même les climats chauds conviendraient si les malades pouvaient y respirer de l'air plus frais, ce qui ne semble pas impossible à réaliser à l'aide d'un dispositif qui permettrait de refroidir l'air inspiré.

L'examen du chimisme respiratoire permet de déterminer si les altitudes ou le séjour au bord de la mer sont ou non favorables à tel sujet déterminé : car il ressort, en effet, de nos recherches, qu'en examinant le chimisme respiratoire des phtisiques et des prédisposés auxquels on a conseillé le séjour en altitude ou au bord de la mer, avant le départ et après une semaine de séjour on reconnaîtra ceux qui doivent continuer la cure avec chance de succès.

L'expérience nous a démontré qu'il y a des médica-

tions capables de modifier le terrain et l'examen des échanges respiratoires permet de déterminer ces médications comme aussi de savoir si elles ont agi dans tel cas particulier, et, par conséquent si tel individu prédisposé a perdu, au moins temporairement sa prédisposition. Chez six prédisposés, nous sommes parvenus à ramener à la normale le chimisme respiratoire exagéré par l'emploi de la médication restrictive des échanges organiques (alimentation d'épargne, repos, huile de foie de morue, arsénicaux, médication digestive, etc.)

Ce mode de prophylaxie de la tuberculose qui s'adresse à son terrain, mérite d'attirer l'attention au même titre que celui qui consiste à poursuivre la bacille, et la lutte contre la tuberculose ne saurait être efficace sans le concours de ces deux éléments.

Aux mesures d'hygiène publique et privée actuellement édictées contre le bacille de la tuberculose, il faut donc ajouter l'examen individuel du chimisme respiratoire de tous les individus soupçonnés de prédisposition, et de même qu'on vaccine contre la variole, de même il faudra traiter préventivement, chez les individus reconnus prédisposés, l'aptitude à contracter la tuberculose, et cela non par les vaccins, mais par des moyens reconnus capables de modifier les conditions chimiques ou vitales du terrain, à savoir l'exagération des échanges respiratoires et la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une étude ultérieure.

Enfin, le traitement de la phtisie confirmée ne doit plus se cantonner dans la médication anti-bacillaire ; il doit faire état de la consommation qui rend l'organisme apte à l'infection et modifier concurrentement celle-ci, non par les toniques et les stimulants, mais par des agents et des médications antidépenseurs qui restreignent la consommation et la fixation de l'oxygène par les tissus, et par les aliments et les médicaments qui dérivent sur eux une partie du comburant qui épuise l'organisme.

(Méd. mod.) Gaz. méd. belge.

Lavement de glycérine comme procédé eutocique.

M. le Dr. Morel, à Courlon (Yonne), indique, dans une lettre adressée au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* un nouveau procédé eutocique, qu'il n'a vu signalé nulle part et dont il se sert avec le plus grand succès.

« Il consiste à administrer à la parturiente, au début du travail et ensuite toutes les fois que les contractions se relâchent, un petit lavement de 8 grammes de glycérine très pure à 30 degrés, au moyen de la seringue *ad hoc* dite pneumatique.

« On sait comment la glycérine introduite pure dans le rectum agit : c'est en soustrayant à la muqueuse de l'eau dont elle est très avide qu'elle excite violem-

ment l'appareil rectal. Elle détermine aussitôt des contractions qui, grâce à la synergie physiologique des deux organes, se transmettent presque aussitôt à l'utérus. Ce moyen m'a toujours réussi à obtenir une reprise du travail quand celui-ci devenait languissant. Il est sans grande douleur pour la femme, et je ne lui ai jamais trouvé d'inconvénient. Aussi quand je suis appelé auprès d'une parturiente, je ne manque jamais d'emporter une seringue et de la glycérine.

"Je m'en sers également pour donner un lavement au nouveau-né, qui, en cinq minutes, avec 4 grammes de glycérine, a expulsé son méconium presque complètement. Le résultat est que le bébé ne pousse plus de cris pendant les vingt quatre premières heures (cris causés par des coliques). Il dort tranquille et..... la maman aussi. La miction se fait en même temps, et depuis que j'ai adopté cette pratique, jamais je n'ai eu à intervenir après un accouchement pour un enfant ayant des coliques ou n'ayant pas encore uriné vingt-quatre heures après sa naissance.

"Ce sont de petits moyens, dira-t-on. Je répondrai qu'en thérapeutique rien n'est à dédaigner, pas même ou même surtout les petits moyens."

(*Le concours médical.*)

De l'action physiologique et thérapeutique de la belladone sur l'intestin.

par le Dr. L. VIAUD

Bien que, dès la fin du XVII^e siècle, on trouve emploi de la belladone recommandé par les vieux auteurs, son mode d'action physiologique et thérapeutique sur le tube intestinal n'a été que récemment élucidé et mis absolument au point. Il y a quarante ans à peine Trousseau lui-même disait que la belladone purge dans un certain nombre de cas, mais il avouait ne savoir ni pourquoi, ni comment son usage, d'autre fois, ne donnait pas de résultats. C'est que l'étude physiologique de cette solanée n'était pas complète. Toutefois, nous verrons tout à l'heure que la recommandation empirique qu'en donnait Trousseau dans les coliques de plomb, les coliques nerveuses des pays chauds, la hernie et l'iléus, la coarctation des sphincters et, en particulier, la constipation chez les hypocondriaques et les femmes nerveuses, révèle un clinicien sagace et remarquablement observateur.

Ces dernières années, il semble que, de toutes parts, on se soit attelé au problème et il n'est pas téméraire de proclamer que la question est maintenant résolue.

En 1897, M. G. Traversa (*Policlinico*, 15 nov. 1897) entreprend sur les animaux des expériences dans le but de déterminer l'action de la belladone et de son alcaloïde l'atropine, sur la fonction motrice de l'intestin, et il a le soin de s'entourer de toutes les précautions possibles pour que le résultat de ses recherches ne soit pas faussé

par quelque cause étrangère. C'est ainsi que les animaux en expérience sont narcotisés au moyen du chloral qui, à l'encontre du chloroforme et de l'éther, n'influence pas le péristaltisme. De même, pour éviter l'action du froid sur l'anse intestinale sortie de l'abdomen, il la fait baigner dans du sérum artificiel maintenu à 37°.

M. G. Traversa a trouvé que la belladone et l'atropine ont pour action constante d'affaiblir les mouvements péristaltiques et cela en proportion directe de la dose employée. Si l'on expérimente sur le cheval, auquel il suffit d'une injection hypodermique de 0.30 à 0.60 centigr. de chlorhydrate de pilocarpine pour provoquer au bout de dix à quinze minutes des selles abondantes, d'abord solides, puis liquides, on arrive à neutraliser très nettement l'action de la pilocarpine en injectant, dix minutes avant elle, 0.25 centigr. de sulfate d'atropine à l'animal.

Ces expériences aux résultats constants ont amené M. Traversa à conclure que la belladone est contre-indiquée dans la constipation par atonie de l'intestin chez l'homme, mais que, en revanche, son usage est absolument rationnel dans la colique saturnine et dans tous les cas où la constipation relève d'une contraction spasmodique de l'intestin.

Si nous passons du domaine de l'expérimentation à la clinique, nous voyons qu'en France, à peu près à la même époque, le professeur Potain eut dans son service un malade qui fut l'objet d'une leçon très curieuse. Cet homme souffrait, par intervalles, dans un point très nettement circonscrit du ventre, et les crises douloureuses étaient accompagnées d'une constipation opiniâtre à laquelle il avait vainement opposé tous les purgatifs imaginables. Entré à l'hôpital de la Charité, Potain fit, après une étude très sévère, le diagnostic fort rare de *névralgie intestinale essentielle*. Dans son esprit, cette affection devait s'accompagner d'un état de contracture par action réflexe, d'où la constipation et d'où l'impuissance des purgatifs qui ne faisaient qu'exagérer la contracture ; et Potain annonça qu'il allait vaincre, à la fois et la douleur et la constipation, soit par l'opium, soit par la belladone. Ses prévisions thérapeutiques se réalisèrent absolument et prouvèrent ainsi le bien fondé de son diagnostic.

Il y a, en effet, deux sortes de constipation, celle qui résulte de l'atonie intestinale — à tort, c'est presque toujours à elle que nous pensons — et celle qui est la conséquence du spasme, de la contracture, dont les caractères généraux différentiels sont pour l'une : indifférence du sexe, influence du régime, antécédents dyspeptiques, relation directe avec la fonction digestive ; pour l'autre : prédominance chez la femme influence du moral, pas d'antécédents dyspeptiques et irrégularité absolue. Dans la première, l'examen du ventre est muet avec à peine, une sensation très vague de pesanteur, l'intestin est "chiffon" en hypotension, sans bosselures, avec localisation, au toucher, de la stase fécale. Dans

la seconde, au contraire, le ventre est sensible avec hypertension, météorisme, zones ondulatoires péristaltiques, bosselures de contraction, intestin en corde qui permet difficilement à nos doigts de percevoir la présence des matières. Comme principaux renseignements tirés des troubles fonctionnels, enfin, il y a, dans la première forme, la perte du besoin d'aller à la selle, la diminution de la constipation avant les règles, son exagération pendant la période menstruelle; l'effort a souvent un résultat positif amenant des scybales de gros calibre, "en noix"; tandis que, dans la seconde forme, par contre, il existe de faux besoins, du ténésme, une exagération de la constipation avant, et une diminution pendant le flux cataménial; l'effort, en exagérant la contracture, diminue les chances d'évacuation et les matières, rubanées, aplaties, sont en "noisettes".

Ce tableau-schéma, que nous empruntons, tout en l'abrégant, au remarquable travail original "La constipation spasmodique" que M. Alexandre Muzeran a publié, cette année même, éclaire amplement l'opinion vraie mais inexplicée de Trousseau quand il disait : la belladone purge quelque fois, quelquefois pas. Elle ne saurait purger, en effet, toutes les fois qu'il y a rétention par atonie, puisqu'elle augmente cette atonie, mais, elle ne manquera pas de produire son action évacuante toutes les fois qu'il y aura constipation par contracture, parce qu'elle agira, dans ce cas, par ses propriétés antispasmodiques bien connues; et c'est pour cette raison que Trousseau, comme nous l'avons dit au début, avait plus particulièrement remarqué et préconisé son utile emploi dans les affections ou intoxications ou accidents relevant de l'hypersthénie intestinale ou la provoquant.

C'est, d'ailleurs, une des conclusions retenues par le médecin de Chatel-Guyon, M. Alexandre Muzeran. A la constipation spasmodique, s'adresse particulièrement la belladone à l'exclusion des purgatifs ordinaires drastiques ou salins qui n'auraient d'autres résultats que d'amener une aggravation en renforçant le tonus déjà exagéré.

A l'étranger comme en France, la belladone et l'atropine, après avoir été par trop délaissées dans la thérapeutique des maladies du tube digestif, reviennent en grand honneur. L'expérience de Rumpel, corroborant celle déjà citée de Taversa, semble ne pas être étrangère à ce regain de faveur. Rumpel prend deux chiens, découvre à chacun une anse de leur intestin grêle qu'il ligature de façon à diminuer considérablement la lumière intestinale; il nourrit les deux animaux de la même façon, mais l'un est soumis à l'action de l'atropine et, pendant que celui-ci est à peine malade parce que son intestin s'immobilise en partie et ne réagit pas outre mesure, l'autre a des vomissements et meurt parce que son intestin, privé du modérateur médicamenteux, s'injecte et se contracture démesurément, plus que ne le comporte la ligature qui l'enserre.

Il serait d'autant plus fastidieux de citer au long

toute la littérature médicale étrangère que les indications thérapeutiques de la belladone posées ailleurs sont les mêmes que celles posées en France, par les physiologistes et les cliniciens. C'est ainsi que Stark, en Allemagne, oppose la belladone à l'iléus; que P. Ostermaier, à Munich, s'en est servi pour favoriser la migration d'un calcul biliaire volumineux et vaincre le spasme intestinal; que Batsch l'emploie dans tous les cas d'étranglements dynamiques. Batsch et Luttgen estiment même que l'atropine a son utilité dans les obstacles mécaniques, comme les torsions, les invaginations, afin d'apaiser l'intestin, d'éviter, si possible, les risques d'une opération dangereuse, de diminuer les souffrances du malade et de retarder la gangrène qu'accélérent les mouvements vermiculaires exagérés.

Il est cependant utile de dire que, en Allemagne surtout, l'atropine est préférée à la belladone, qu'elle est administrée presque toujours en injections hypodermiques à des doses qui nous semblent dépasser la mesure: quatre ou cinq milligrammes en vingt quatre heures. Bofinger est même allé jusqu'à huit et dix milligrammes en une journée à deux reprises différentes: la première fois, il s'agissait d'une torsion de l'intestin grêle; la seconde, d'une hernie étranglée. Avec ces quantités considérables, est-il besoin de le dire, il se produit souvent des phénomènes d'intoxication et quelques auteurs ont enregistré des morts qu'ils ont attribuées, il est vrai, non pas tant à leur audacieuse thérapeutique qu'à la gravité des cas auxquels elle s'adressait. Quoi qu'il en soit, une plus grande prudence s'impose.

En résumé et pour conclure, la belladone et l'atropine, si nous avons soin de nous garer de l'engouement et de nous abstenir des exagérations d'Outre-Rhin, doivent nous rendre les plus signalés services dans le traitement des affections de l'intestin, toutes les fois que nous aurons à modérer de l'hypersthénie, du spasme de la contracture, qu'elle qu'en soit la cause primitive ou secondaire. C'est ce qu'avait établi Trousseau d'une façon très sagace, mais plutôt empirique. La constatation est maintenant rentrée dans le domaine de la science par la méthode expérimentale et l'observation clinique.

(Le concours médical.)

CHIRURGIE

Trepanation de l'apophyse mastoïde.

Le *Journal des Praticiens* publie une revue des procédés proposés par le Dr Broca pour la trepanation de l'apophyse mastoïde.

Le choix sera guidé par les considérations suivantes: on doit avoir comme but initial la recherche de l'antré; cette recherche doit être faite par voie rétro-auriculaire; l'incision rétro-auriculaire sera rapprochée autant que

possible du pavillon ; on ouvrira largement toutes les cavités osseuses où le pus peut être retenu.

L'antre est la seule cellule constante dans son existence, et à peu près constante dans ses rapports. Aussi doit-on abandonner le procédé de délaissement qui ouvre les cellules de la pointe, celles-ci étant inconstantes. Il en est de même du procédé qui consiste à ouvrir l'antre par le conduit auditif pour éviter le sinus, car si l'on s'éloigne du sinus, on se rapproche du facial. La voie rétro-auriculaire est préférable, le seul danger qu'elle présente est la blessure du sinus ; pour l'éviter il faut inciser juste dans le sillon rétro-auriculaire et en outre refouler avec une rugine le pavillon en avant, jusqu'à avoir le commencement de l'entonnoir du conduit. Le système cellulaire étant très complexe, très variable, certains groupes ne communiquent que fort étroitement avec l'antre : pour assurer un drainage efficace, il faut faire sauter successivement toutes les lames osseuses qui séparent les cellules l'une de l'autre ou de l'extérieur. Il faut créer une cavité unique, largement ouverte en arrière du conduit.

La technique de l'opération typique est la suivante :

L'incision entanée sera tracée juste dans le sillon rétro-auriculaire, elle doit mesurer toute la hauteur de l'apophyse et se recourber au-dessus du conduit. Cette incision doit intéresser, en un seul temps, tous les plans périoste compris ; la section de l'artère auriculaire postérieure ou de ses branches donne lieu à une hémorragie notable dont il ne faut pas s'inquiéter.

Dans un deuxième temps, on dénude, de quelques coups de rugine, toute la région de l'apophyse et du conduit, jusqu'à voir le contour de l'entonnoir osseux, son bord supérieur, l'épine de Henle. On a ainsi nettement sous les yeux le champ opératoire et l'on peut alors faire facilement l'hémostase.

On vérifie avec l'ongle les repères osseux, la ligne temporale, l'épine de Henle, si le sujet est peu âgé, la ligne de la suture mastoïdo-squameuse, le contour postérieur et supérieur du conduit osseux. On peut avec ses repères aller à coup sûr à la recherche de l'antre.

D'après Broca, le seul instrument convenable est le ciseau à froid actionné par le petit maillet en plomb.

Chez l'adulte, on doit agir sur un carré d'environ 1 centimètre de côté, situé à 6 millimètres en arrière de la moitié supérieure du conduit affleurant en haut la crête sus-mastoïdienne, ou ligne temporale.

On prendra un ciseau d'environ un centimètre de large, et on l'appliquera bien perpendiculairement à l'os à 5 millimètres du conduit marqué par l'épine de Henle, parallèlement à la circonférence de ce conduit, et l'angle supérieur à hauteur du pôle supérieur du conduit. En deux ou trois coups bien secs de maillet, on le fait pénétrer à 2 ou 3 millimètres de profondeur. On agit de même sur le bord supérieur du carré d'attaque, c'est-à-dire un peu au-dessus de la crête sus-mastoïdienne, puis sur le bord inférieur, c'est-à-dire à un centimètre au-

dessous de la crête et parallèlement à elle. Pour ces deux traits, le ciseau est également tenu perpendiculairement à l'os.

Reste le côté postérieur du carré, que rend dangereux le sinus latéral, quoique le danger soit rare à 15 millimètres en arrière du conduit. Pour fermer le carré on tiendra le ciseau assez obliquement, 45 degrés environ et en quelques coups bien secs on fera sauter le carré de corticale.

Souvent on sera tout de suite dans l'antre, mais souvent aussi on devra creuser plus loin ; on le fera prudemment, toujours au ciseau et au maillet, millimètre par millimètre, en poussant le travail également sur tous les bords en profondeur, mais non en largeur. A partir de 1 centimètre de profondeur, en effet, on se méfiera de plus en plus ; en raison du facial en bas et en avant, du sinus en arrière, on respectera ces régions et on transformera le carré en entonnoir, on burinera en haut, en avant et en dedans, en se portant vers la région de l'aditus. Pour cela, on se servira d'un ciseau large de 4 à 5 millimètres.

Chez l'enfant on se servira exclusivement de ces petits ciseaux, le carré d'attaque ne devant avoir que 5 millimètres de côté.

On ne se servira de la cuvette que chez l'enfant au-dessous d'un an. On ne doit pas s'occuper primitivement des lésions de la corticale, dénudation ou fistule, à moins qu'elles ne répondent au siège bien repéré de l'antre ; toute opération bien conduite doit commencer par la recherche de l'antre au lieu d'élection. Le temps suivant consiste à mettre à jour toutes les cellules secondaires sans laisser un cul-de-sac où le pus puisse stagner.

On effondrera facilement, à la curette, les minces cloisons qui séparent les cellules ; le protecteur de Stacke donne une sécurité absolue. On insinue le bec de l'instrument sous la corticale, en bas d'abord, vers la pointe, puis en arrière vers le sinus, et sur ce bec qui empêchent toute pénétration interpestive dans la profondeur, on détruit, à petits coups de ciseau, les cloisons osseuses ainsi constituées.

Reste à examiner la cavité osseuse ; pour cela il faut qu'elle soit exsangue, ce qu'on obtient en faisant une légère compression avec de la gaze stérilisée.

Broca ne lave jamais et a renoncé à la réunion immédiate. Il se contente de tamponner la cavité à la gaze iodoformée, et de faire un pansement compressif : en faisant le pansement on a soin de mettre une mèche de gaze dans le conduit.

(Le concours médical.)

GYNECOLOGIE

Traitements des écoulements vaginaux par la Levurine

par le Dr ARAGON.

Nous avons pu réunir trente quatre observations se rapportant à des écoulements vaginaux traités par la Levurine. Ces 34 cas donnent un résultat global de 13 guérisons et de 21 améliorations. Mais il est indispensable d'examiner quelle fut dans chaque cas la nature de ces écoulements. Nous obtenons ainsi la division suivante :

Leucorrhée simple.....	8 cas	8 guérisons.
Vulvite des petites filles..	3 —	3 —
Vaginite aiguë non blennorrhagique.....	1 —	1 —
Métrite catarrhale du col.	1 —	1 —
Vaginite blennorrhagique	21 —	21 améliorations.

Cette nomenclature établit nettement l'action efficace de la Levurine dans les suppurations simples et son action seulement modificatrice dans les infections où les agents pathogènes sont multiples. Les cas de leucorrhée traités par la Levurine se rapportent à des jeunes filles perdant en blanc, trois depuis plus d'un an d'une façon continue, une depuis cinq mois, et quatre seulement pendant dix à douze jours après la fin de leurs règles. Chez les trois premières de ces malades, il convient de joindre aux pertes blanches quelques troubles dyspeptiques, de la constipation opiniâtre, et un état général légèrement anémique. Ces malades ont pris la Levurine brute à la dose quotidienne de trois cuillerées à café. Le traitement externe se borna à quelques bains de siège et à des lotions locales avec de l'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à café de poudre de tannin par litre d'eau. Les soins hygiéniques habituels étaient d'ailleurs scrupuleusement observés antérieurement par ces jeunes filles. Les pertes blanches disparurent complètement au bout de cinq jours chez une de ces malades, en même temps que l'appétit revenait, que les digestions semblaient moins pénibles et que la constipation était moins tenace. Cette jeune fille d'ailleurs fut guérie de sa constipation après trois semaines de traitement par la levurine. Chez les deux autres malades l'amélioration ne fut manifesté qu'au bout de douze jours, mais trois jours après la guérison était définitive. Les troubles dyspeptiques cédèrent aussi dans ces deux cas, mais la constipation persista, peut-être en raison de genre de vie de ces jeunes filles chez qui l'accord était difficile entre les exigences mondaines et les règles de l'hygiène quotidienne. La malade qui se plaignait de ses accidents leucorrhéiques depuis cinq mois seulement fut guérie d'une façon absolue après quatre jours de traitement, en prenant la même dose de levurine et en effectuant simplement des lavages locaux à l'eau boriquée.

Le phénomène le plus curieux fut présenté par les

quatre autres jeunes filles qui n'étaient atteintes de leucorrhée que périodiquement. Toutes les quatre éprouvèrent un effet identique ; la levurine commencée pendant les règles à la dose de deux cuillerées à café par jour et continuée pendant les jours suivants, réduisit à 48 heures l'existence de cette leucorrhée post-menstruelle. Mais le mois suivant les pertes blanches réapparurent avec la cessation du traitement. Toutefois, une des malades constatant le fait, prit d'elle-même au bout de trois jours, un nouveau flocon de levurine, mais l'action lui parut moins rapide que la première fois, l'écoulement leucorrhéique ayant persisté pendant quatre jours. Ces malades consultèrent de nouveau, et furent remises au traitement par la levurine tel qu'il avait été conseillé la première fois, pendant six mois. La guérison a paru définitive dès le troisième mois, autant que les renseignements que nous avons reçus nous permettent de le constater. Le fait qu'il importe de retenir est donc l'action constante du médicament dans les cas de leucorrhée ; cela nous permet de formuler les indications suivantes concernant le traitement.

Dans tous les cas de leucorrhée simple, indépendamment des soins d'hygiène, consistant en lavages locaux boriqués par exemple, il convient d'administrer la levurine à la dose de trois cuillerées à café par jour et de prolonger le traitement pendant 10 à 15 jours après la disparition de tous les accidents constatés.

Lorsque les pertes se produisent périodiquement après les règles et seulement pendant quelques jours après celles-ci, il convient de donner la levurine à la dose de deux cuillerées à café par jour en commençant par le début des époques menstruelles et en continuant le traitement pendant huit jours après. Il est nécessaire de recommencer pendant plusieurs mois, de 4 à 6 par exemple, ce mode d'administration du médicament. Examinons maintenant les cas de vulvites que nous avons signalés ; ils sont au nombre de trois et tous trois ont été suivis de guérison. Voici une observation typique qui nous a été fournie par notre pratique personnelle :

La jeune X..... âgée de trois ans et demi, nous est présentée par ses parents pour un écoulement vulvaire abondant remontant à 10 jours. La famille est très inquiète et, comme dans tous les cas de ce genre, ne sait à quoi attribuer cette singulière maladie. Comme antécédents nous trouvons une rougeole remontant à quatre mois ; la mère nous déclare qu'elle fait elle-même chaque jour la toilette de son enfant et qu'elle n'a jamais rien constaté avant le début des accidents actuels. Il y a donc 10 jours elle s'est aperçue qu'il existait au niveau de la région vulvaire de son enfant, de la rougeur, elle crut alors à un peu d'inflammation, et pour combattre celle-ci, fit des lavages à l'eau de sureau, puis saupoudra ensuite les parties avec de la poudre d'amidon.

Le pansement était renouvelé matin et soir. Mais

l'enfant continuait à se plaindre de cuissos et sa chemise était tachée en blanc. Pendant les premiers jours la mère attribuait ces pertes blanches à la présence de la poudre d'amidon ; mais depuis deux jours, comme le linge était taché en jaune et que l'écoulement persistait, elle avait résolu de consulter, ne sachant plus que penser.

A l'examen, la vulve très rouge, légèrement tuméfiée et douloureuse, est recouverte d'une couche de mucus jaunâtre. Indépendamment de la vulvite primitive, il existe un peu d'érythème consécutif à la fermentation de l'amidon. Nous lavons toute la région à l'eau boriquée. Le périnée et l'anus présentent le même érythème que nous venons de signaler. Toute la région vestibulaire est le siège d'une vive inflammation ; l'hymen est intacte.

Nous prescrivons deux pleines cuillerées à café de levrine par jour, dans un peu d'eau sucrée, des lavages locaux trois fois par jour avec une solution chaude de sublimé à vingt centigrammes pour mille et nous conseillons de saupoudrer la vulve de l'enfant, après chaque lavage, avec un peu de levurine. Le lendemain il était possible de constater une amélioration locale assez nette et, quarante-huit heures après le début du traitement, la suppuration était arrêtée. Nous fîmes alors remplacer le pansement par de simples lavages à l'eau boriquée suivis d'applications de vaseline boriquée. Le cinquième jour la guérison était complète. La levrine fut continuée, à l'intérieur, pendant une semaine. Si l'on compare cette guérison rapide à la ténacité souvent rencontrée dans ces cas, il faut reconnaître à la levrine une spécificité certaine en cette circonstance. Dans les deux autres cas, la guérison survint une fois au bout de quatre jours et l'autre fois au bout de cinq jours ; ces deux cas paraissent avoir évolué moins rapidement, mais le résultat n'en a pas été moins frappant. La vulvite des petites filles, observée généralement de trois à sept ans, relève donc du traitement par la levrine. La dose à prescrire est de deux cuillerées à café par jour et peut être portée dans certains cas et suivant l'âge de l'enfant à trois cuillerées ; il y a avantage à joindre un traitement externe consistant en applications locales de levrine, après les lavages antiseptiques.

(Le Progrès Médical)

PEDIATRIE

Le lavage de l'estomac chez l'enfant

par M. L. BABONNEIX.

Introduit en thérapeutique infantile par Epstein, le lavage de l'estomac est aujourd'hui couramment employé dans le traitement des gastro-entérites des nour-

rissons : il donne de bons résultats à condition d'être ordonné à propos et méthodiquement pratiqué.

Le matériel nécessaire est des plus simples. Au tube de Faucher, que l'on n'a pas toujours sous la main, il convient de préférer une sonde urétrale, réunie par un long tube de caoutchouc à un entonnoir de verre. Le calibre de la sonde urétrale varie suivant les cas, du No. 8 au No. 30 de la filière Charrière ; il est bon, ainsi que le conseille M. Olmière, de percer à l'extrémité inférieure de cette sonde un orifice longitudinal supplémentaire dont on abattra soigneusement les aspérités avec des ciseaux.

L'extrémité supérieure de la sonde est reliée, par un petit tube de verre, à un large tube de caoutchouc dont l'autre extrémité reçoit l'entonnoir, entonnoir en verre, gradué autant que possible. Ainsi monté, l'appareil est prêt à fonctionner. Quelques auteurs recommandent de placer sur le trajet du tube de caoutchouc une poire aspiratrice, modification assurément excellente, mais nullement indispensable.

Le manuel opératoire ne présente le plus souvent aucune difficulté sérieuse. L'enfant est placé dans le décubitus dorsal et maintenu dans cette attitude par un aide. L'opérateur après avoir enduit l'extrémité de la sonde d'un corps gras quelconque (vaseline, glycérine), entr'ouvre doucement la bouche de l'enfant et y introduit la sonde préalablement aseptisée par l'ébullition. Celle-ci est poussée peu à peu vers le pharynx ; arrivée à ce niveau, elle provoque un mouvement réflexe qui l'attire vers l'œsophage et facilite sa déglutition. Il est souvent utile d'introduire un doigt dans la bouche pour guider la sonde, surtout si l'enfant crie et se débat.

La sonde, poussée doucement, continue à avancer. A quel moment pénètre-t-elle dans l'estomac ? Autrement dit, comment savoir si elle est encore dans l'œsophage ou si elle a déjà atteint la cavité gastrique ? Deux procédés, également simples, permettent de résoudre cette question. Le premier consiste, avant tout lavage, à allonger la sonde sur le corps de l'enfant, du creux épigastrique au front, et de marquer ce dernier point, qui devra correspondre aux lèvres lorsque la sonde sera dans l'estomac (Olmière). On peut aussi se contenter d'abaisser légèrement l'entonnoir. La sonde est-elle dans l'estomac, les liquides gastriques refluent dans le réceptacle.

On verse alors dans l'entonnoir préalablement élevé 50 à 100 grammes de liquide et lorsque cette quantité est presque complètement écoulée, on abaisse vivement l'entonnoir : le liquide réapparaît, ramenant quelques mucosités et des caillots de lait plus ou moins nombreux. On recommence cette manœuvre jusqu'à ce que l'eau ressorte à peu près pure. Il est souvent utile, lorsque les débris alimentaires sont très abondants, d'élever ou d'abaisser plus ou moins l'entonnoir pour déterminer des courants à l'intérieur de l'estomac et laver plus complètement l'organe.

Le liquide destiné au lavage sera le plus souvent tiède ; mais on peut faire varier sa température suivant l'état général du petit malade. Y a-t-il hypothermie, tendance au collapsus, le liquide sera porté à la température de 37, 38 degrés (Lesage) ; y a-t-il au contraire fièvre élevée, le liquide sera employé frais. La quantité du liquide à employer est difficile à fixer d'une façon précise : il faut, comme nous l'avons dit, laver l'estomac tant que le liquide ne ressort pas limpide.

Différentes solutions ont été préconisées pour cet usage : nous ne ferons que citer pour mémoire les solutions hydro-alcooliques étendues de nitrate d'argent (Seibert), les solutions de benzoate de soude (Escherich) de thymol (Léo), l'eau oxygénée très faible, l'eau boriquée. En réalité, l'eau bouillie tiède, l'eau de Vichy, l'eau bicarbonatée, l'eau salée à 7 p. 1000 conviennent à peu près à tous les cas.

Il est difficile d'établir exactement le nombre des lavages à prescrire. Ces lavages seront pratiqués tous les jours au plus pendant toute la phase aiguë de la gastro-entérite : ils ne devront pas être indéfiniment prolongés, car, s'ils affaiblissent l'adulte, ils retentissent encore bien d'avantage sur l'état général du nourrisson et on leur a souvent reproché d'exagérer les phénomènes préexistants de collapsus.

Quand faut-il faire le lavage ? A la fin de la période digestive, c'est-à-dire, suivant les cas, deux heures et demie ou trois heures après le dernier repas. Plus tôt, des caillots de lait obstruent la sonde et créent quelques difficultés à l'opération.

En suivant ces règles, on est sûr de n'avoir, dans la plupart des cas, aucun accident à redouter. Le reflux des liquides entre la sonde et les parois de l'œsophage est exceptionnel : il en est de même de l'introduction de la sonde dans les voies aériennes, de l'hémorragie gastrique, etc. Un seul accident paraît véritablement relever du lavage lui-même : c'est la tétanie, signalée par M. Marfan chez le nourrisson comme elle l'a depuis longtemps été chez l'adulte par Kussmaul. Mais, outre que la tétanie ne s'observe que rarement, elle ne se rencontre peut-être, comme chez l'adulte, que chez les malades fréquemment tubés, et c'est pourquoi il est prudent, dès que les indications du lavage ont disparu, de ne pas en prolonger indéfiniment l'usage.

Les effets physiologiques du lavage sont d'abord et surtout des effets mécaniques : évacuation et nettoyage de l'estomac, diminution des fermentations, etc. Mais de plus, le lavage provoque des effets à distance, d'origine réflexe : contractions intestinales, contractions des muscles de la paroi abdominale, hypersécrétion de toutes les glandes du tube digestif. Son action est donc éminemment complexe et permet d'expliquer les heureux résultats qu'il procure lorsqu'il est prescrit à propos.

Quelles sont donc les indications précises du lavage de l'estomac ? Il faut avouer que cette question n'est pas encore définitivement résolue. Après avoir été em-

ployé dans toutes les formes de dyspepsies, le lavage a été réservé à certaines d'entre elle et son usage s'est singulièrement restreint. Certains auteurs, frappés de ses inconvénients, ont été jusqu'à le proscrire de la thérapeutique infantile. Il semble bien que ce soit là une exagération et que le lavage puisse rendre dans certains cas les plus grands services. C'est ainsi que, dans les gastro-entérites aiguës pyrétiques, le lavage est indiqué lorsque les phénomènes de gastrite prédominent, c'est à-dire lorsque les vomissements persistent après une diète hydrique soignée et suffisamment prolongée. Dans les formes de gastro-entérites chroniques qui s'accompagnent de dilatation de l'estomac et de vomissements par stase, les lavages nettoieront la cavité gastrique, diminueront les fermentations et stimuleront utilement la tonicité affaiblie de la musculature.

Si les indications précédentes sont admises par la majorité des pédiatres, il n'en est plus de même de l'opportunité du lavage de l'estomac dans les cas de choléra infantile. Tandis qu'Epstein, Thomas (de Fribourg), Seibert, Thiercelin considèrent le lavage comme une des ressources les plus précieuses que nous ayons à notre disposition pour lutter contre les phénomènes algides, Léo affirme que les résultats qu'il donne sont de beaucoup inférieurs à ceux que l'on obtient dans les dyspepsies simples ; Baginski et Escherich pensent que les phénomènes de collapsus et d'hypothermie, si fréquents dans le choléra infantile, constituent une contre-indication formelle au lavage, au moins à la période d'état ; M. Marfan, enfin, rejette systématiquement l'emploi des lavages dans tous les cas de choléra confirmé. En présence de ces opinions contradictoires, il paraît difficile de dire si le lavage de l'estomac est, oui ou non, indiqué dans le choléra infantile : nous dirions volontiers qu'il n'est indiqué que dans les cas où les phénomènes de collapsus ne prédominent pas, et qu'on peut presque toujours le remplacer avantageusement par les autres médicaments : diète hydrique, injections de sérum, balnéation chaude, etc.

Telles sont les indications principales du lavage chez les nourrissons. Chez les enfants plus âgés, il peut être utilement employé dans les dyspepsies accompagnées de dilatation et de vomissements, dans les occlusions intestinales, dans les intoxications, etc., en un mot dans les mêmes affections que chez l'adulte. Quant aux contre-indications qu'il présente, nous avons déjà signalé la seule véritablement importante, le collapsus. Par la fatigue qu'il provoque, le lavage de l'estomac tend en effet à augmenter les phénomènes de collapsus : il faudra donc, autant que possible, le réserver aux cas où ces phénomènes sont peu accentués et, lorsque ceux-ci prédominent, ne le pratiquer qu'avec la plus extrême prudence.

(Gaz. des hôp.)

Therapeutique et Matière Medicale

L'arsenic dans le traitement de la tuberculose

De toutes les modifications s'adressant au "terrain" à l'état général, la médication cacodylique paraît la plus efficace ; encore ne faut-il pas compter sur des résultats rapides. Ce n'est le plus souvent qu'après plusieurs mois d'un traitement poursuivi avec méthode que des effets très nets et durables se manifestent.

Ces bons résultats sont obtenus presque exclusivement à la période pré-tuberculeuse où l'acide cacodylique se montre alors le véritable médicament de choix, et particulièrement dans les formes de tuberculose à début chloro-anémique, si fréquentes chez les jeunes femmes. Chez les tuberculeux avancés, on pourra obtenir des améliorations passagères, mais ni plus ni moins marquées que celles obtenues par la seule influence du repos, de l'aération.

Quelles sont les doses à employer, quels doivent être le mode d'administration et la direction du traitement ?

La voie sous-cutanée a les avantages généraux de la médication hypodermique, à savoir qu'elle respecte l'intégrité des fonctions digestives, assure l'absorption et l'assimilation parfaites du médicament ; les injections ne déterminent d'ailleurs aucune réaction locale, elles sont complètement indolores. Le seul inconvénient de la médication est d'exiger la visite fréquente du médecin ; encore peut-on, dans beaucoup de familles, confier le soin de l'injection à une personne intelligente.

Dans les cas où l'on ne pourra employer la médication hypodermique, on sera contraint d'avoir recours soit à l'administration par la bouche ou par la voie rectale, dont il convient d'ailleurs de ne pas exagérer les inconvénients, beaucoup de malades n'éprouvant pas d'accidents ; seulement la méthode est moins sûre.

Par la bouche on utilise des solutions aqueuses concentrées, contenant par exemple 1 centigramme par 5 gouttes :

Cacodylate de soude..... 0 gr. 40
Eau distillée et bouillie..... 10 gr.

ou la forme pilulaire :

Cacodylate de soude..... 0 gr. 025
Extrait de gentiane ou de quinquina..... 10 gr.

pour une pilule.

Mais la forme pilulaire est moins recommandable.

Par la voie rectale, on introduira des solutions contenant par exemple 4 à 5 centigrammes par 5 centimètres cubes d'eau, au moyen d'une seringue jaugeant cette quantité d'eau et munie d'un embout à tube capillaire.

M. Renaut (de Lyon) formule ainsi par la voie rectale :

Eau distillée..... 200 gr.
Cacodylate de soude..... 0 gr. 40

Injecter le contenu d'une seringue de 5 centimètres cubes, 2 fois par jour.

Pour les injections hypodermiques, on utilise en général des solutions contenant par centimètre cube 5 centigrammes de cacodylate de soude pur. La formule généralement adoptée est celle donnée par M. Gautier :

Cacodylate de soude pur... .. 6 gr. 40
Alcool phéniqué (au 10°)..... X gouttes.
Eau distillée et stérilisée..... 100 cm. cubes.

(à conserver dans un flacon de couleur, bouché à l'émeri).

Les solutions que l'on conserve pouvant s'altérer à la longue, par suite du développement de moisissures, beaucoup de médecins préfèrent se servir d'ampoules scellées à la lampe, contenant 1 centimètre cube d'une solution de cacodylate de soude dans les proportions indiquées plus haut.

Au début on a eu tendance à employer de fortes doses, surtout pour la bouche. M. Danlos a fait prendre à ses malades 0 gr. 40 par jour en moyenne.

Aujourd'hui on emploie des doses plus faibles et l'on ne dépasse pas celles de 0 gr. 10 à 0 gr. 20, par la voie buccale ou rectale. Pour les injections hypodermiques, la dose moyenne adoptée est de 0 gr. 05 par jour, mais nous considérons cette dose comme insuffisante et nous injectons habituellement (en une seule fois) 0 gr. 10 de cacodylate de soude.

Le traitement, quelle que soit la voie adoptée pour l'introduction du médicament dans l'organisme, doit être intermittent. Habituellement on pratique les injections pendant 8 jours, puis on les interrompt pendant 8 jours, pour les reprendre pendant le même laps de temps et ainsi de suite. D'autres médecins ont adopté un autre mode d'intermittence, soit deux ou trois injections par semaine ; c'est la pratique que nous suivons le plus fréquemment.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

Vomissements hystériques ; cocaïne

par le Pr S. LAURA

Mlle M., 38 ans.—Tempérament nerveux manifeste, souffre depuis plusieurs années de formes variées d'hystérie, même de la forme convulsive.

Du côté maternel rien de particulier ; du côté paternel un état de néurosisme, que la malade ne suit pas déterminer.

Elle a perdu une sœur de l'âge de 17 ans d'une maladie analogue.

Il y a quelques années, elle a été infectée par le gonocoque, ce qui a donné lieu à une très grave salpingo-ovarite gauche.

Les médecins gynécologistes ont aussi reconnu de graves altérations au col de l'utérus, qui ont été traitées avec un médiocre succès par une série de médications topiques.

Dernièrement on avait songé à une opération chirurgicale.

Malgré cette grave maladie des organes de la génération, elle a eu deux enfants à terme et robustes.

Dans une récente attaque de d'hystérie, la malade a réclamé mes soins.

Ce n'est pas mon intention de m'occuper, dans cet article sur "l'hystérie", de la description minutieuse de toutes les manifestations qu'on en peut observer chez un malade, mais seulement de me restreindre à un des phénomènes les plus obstinés et les plus pénibles, les vomissements incessants de toute boisson et de toute alimentation, vomissements dont souffrait notre malade et qui réclamaient le plus prompt secours. La privation d'aliments aggravait en effet énormément son état misérable elle était alitée depuis plus d'un mois, tourmentée par une insomnie obstinée, et d'une faiblesse extrême.

Contre les vomissements, l'on connaît les bons effets obtenus par les injections de morphine, potion de Rivière, glace pilée, inhalations d'oxygène continuées pendant quelques jours, les lavages de l'estomac, eaux alcalines, surtout certaines sources de Vals et de Vichy, pour ne parler que des moyens les plus usités.

Tous avaient été employés sans résultat chez notre malade.

Je prescrivis 2 granules de cocaïne, toutes les deux heures.

L'effet en est aussi remarquable que prompt.

En moins de 24 heures les vomissements ont complètement cessé.

Pendant le premier et le second jour du traitement, il se manifeste quelques rares nausées, qui cèdent facilement aux granules de cocaïne.

Le traitement cocaïnique est continué pendant 3 ou 4 jours suivants, et la pauvre malade peut finalement se nourrir convenablement.

Il s'est écoulé à l'heure actuelle plus d'une quinzaine de jours et la malade est parfaitement remise de ses troubles fonctionnels, nerveux et gastriques. Elle supporte même une alimentation riche et variée.

La cocaïne mérite une place de tout premier ordre dans la thérapeutique, non seulement chirurgicale, mais aussi médicale.

La cocaïne a, depuis des années, rendu des grands services dans la chirurgie des maladies du nez, des oreilles, de la bouche et des yeux. On l'a utilisée comme anesthésique local dans les formes variées des

névralgies et, depuis peu, on emploie la rachi-cocaïnisation, dans les grandes opérations, surtout sur les membres inférieurs.

La médecine peut encore employer la cocaïne dans toutes les formes dépressives générales du système nerveux, non seulement comme un véritable tonique des centres nerveux, mais aussi comme releveur de l'énergie cardiaque — car la cocaïne tonifiant le myocarde, augmente la pression sanguine ; — elle est peut-être aussi diurétique, car elle s'élimine en partie du moins par l'urine.

La cocaïne est un précieux stomachique, surtout contre les dyspepsies nerveuses. C'est un agent remarquable puissant et rapide pour combattre les "vomissements".

A doses titrées et administrée dosimétriquement elle ne peut jamais produire d'inconvénients.

Je conseille à mes jeunes collègues de l'expérimenter dans les cas de vomissements nerveux, dans les cas de d'irritabilité de l'estomac et d'une manière toute particulière dans les maladies neurasthéniques, hystériques, hypocondriaques : la cocaïne, dans ces cas, non seulement calme la susceptibilité nerveuse exagérée de l'organe de la digestion, tonifie l'estomac et les intestins, mais encore par son action tonifiante sur le système nerveux, améliore l'état général du malade.

La "cocaïne" devrait être employée aussi avec confiance pour combattre "les vomissements incoercibles de la grossesse" qui sont d'un si grand danger, et qui trop souvent réclament des mesures thérapeutiques extrêmes, parfois fatales, non seulement au fœtus mais encore à la mère.

La cocaïne a aussi son champ d'application dans la vieillesse et chez les enfants, pourvu qu'elle soit dûment indiquée et sagement administrée.

Quant aux doses de "cocaïne" à employer, il faut que le médecin — tout en procédant avec prudence — les proportionne à la gravité de chaque cas particulier et qu'il en surveille attentivement les effets chez chaque malade.

Ici, comme dans l'emploi de tout remède puissant, on doit d'abord tâter la susceptibilité du malade par des doses initiales petites et puis augmenter progressivement selon la tolérance et les effets obtenus, toujours à doses rétractées et dûment espacées.

On peut dire avec assurance que si la cocaïne est administrée selon les principes de la méthode dosimétrique, le médecin s'évitera certainement toute espèce d'inconvénients et qu'il sauvera son malade.

Finalement la "médication cocaïnique" s'associe parfaitement aux autres remèdes indiqués par la nature de la maladie et surtout par les conditions propres à chaque malade.

(La Dosimétrie)

Le citrophène

D'après M. le Dr *Alfred Lefebvre*, de Paris, le citrophène est un médicament employé avec succès dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et surtout subaigu, lorsque la maladie a une tendance à marcher vers la chronicité. Il est d'une innocuité absolue et d'une tolérance parfaite.

Il est doué d'une action analgésique remarquable, qui en fait un remède efficace dans toutes les névralgies et contre la douleur, en général.

C'est aussi un bon antipyrétique qui, comme tel, peut-être employé dans toutes les maladies fébriles.

Le citraphène (C¹² H¹⁴ O⁵) est un produit de synthèse, récemment découvert par le docteur *Roos*, de Francfort-sur-le-Mein.

Chimiquement c'est un citrate de monophénétidine.

Physiquement, c'est un poudre blanche, inodore, d'une saveur légèrement acidulée et rappelant un peu celle de l'acide citrique.

Il est soluble dans 50 parties d'eau bouillante, dans 250 parties d'eau froide, plus facilement soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique, et peu soluble dans l'alcool.

La dose de citrophène à administrer en vingt-quatre heures est de 1 à 3 grammes pour les adultes, par prises de 1 à 3 grammes pour les adultes, par prises de 50 centigrammes, et de 0 gr. 60 à 1 gramme pour les enfants par prises de 20 centigrammes.

Le citrophène étant relativement peu soluble dans l'eau, il n'est guère facile de l'administrer en potion. La façon la plus simple est de l'ordonner soit en cachets de 0 gr. 50 pour les adultes, et de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 pour les enfants, — soit en paquets contenant les mêmes doses, et qu'on fait dissoudre, au moment du besoin dans un demi-verre d'eau de Seltz ou de limonade gazeuse. En employant ce dernier véhicule où le citrophène se dissout facilement, grâce à la présence de l'acide carbonique, le médicament est très agréable à prendre, ce qui en rend l'administration particulièrement facile chez les enfants et les personnes difficiles et pusillanimes.

Le citrophène est absorbé rapidement par les voies digestives. En effet, vingt minutes après son administration, sa présence peut être décelée dans l'urine au moyen du perchlorure de fer. Sous l'action de ce réactif, les urines prennent une couleur rouge vineux.

Le seul inconvénient du citrophène est de provoquer parfois des sueurs fort abondantes.

Ce n'est, d'ailleurs, pas un grand mal pour les cas de rhumatismes.

(*Le concours médical.*)

Du traitement électrique de la spermatorrhée.

par M. DENIS COURTADE.

A) Dans quel cas doit-on appliquer le courant électrique ? On peut distinguer trois sortes de spermatorrhées.

1° Il existe une lésion locale, soit du côté de l'urètre postérieur, soit du côté de la prostate où des vésicules séminales. Ces spermatorrhées sont du domaine du chirurgien et doivent être combattues par des moyens appropriés. Le courant électrique n'est indiqué que si, malgré la guérison de l'état local, la maladie persiste encore ;

2° Il n'y a pas de lésion locale, mais il existe une affection organique du système nerveux cérébro-spinal. La spermatorrhée se rencontre, en effet, assez souvent dans l'ataxie locomotrice, au début des myélites chroniques, la paralysie générale, etc. L'électricité peut être ici employée avec fruit, surtout lorsque l'affection nerveuse est encore à ses débuts ;

3° On ne trouve aucune lésion ni locale ni du système nerveux. Ces spermatorrhées sont surtout d'origine neurasthénique. Elles doivent être soigneusement distinguées de la spermatorrhée par continence ou physiologique, et de la spermatorrhée dite psychique, dans laquelle les malades prennent pour du sperme toutes les sécrétions normales ou anormales dont leur canal est le siège. Le traitement électrique est ici tout puissant et arrive à guérir rapidement les malades.

B) Comment doit-on appliquer le traitement électrique ?

1° Il faut agir d'abord sur les centres génito-spinaux d'une manière directe et réflexe. Pour cela, on place au niveau des dernières vertèbres dorsales une plaque d'étain recouverte de peau de chamois et trempée dans de l'eau chaude. On prend ensuite un tampon de charbon recouvert de peau de chamois, et après l'avoir mouillé, on électrise successivement, avec le courant faradique, le périnée, la partie supérieure des cuisses et les parties latérales de l'abdomen. Les intermittences doivent être rapides, et il est préférable de servir, au point de vue réflexe, du courant faradique produit par la bobine à fil fin. Le pôle négatif sera mis en rapport avec le tampon, et le pôle positif avec la plaque dorsale. On peut aussi faire passer, aux mêmes endroits, un courant galvanique d'une intensité de 15 à 20 milliampères, avec interruptions et renversements fréquents ;

2° Ce traitement pourra, à lui seul amener la guérison. S'il n'était pas suffisant, il faudrait électriser directement les vésicules. Pour cela, la plaque restant toujours au niveau des dernières vertèbres dorsales, on introduira dans le rectum une électrode en charbon nu de moyenne grosseur, semblable à celle employée pour électriser l'utérus, et on la mettra en rapport avec la face postérieure des vésicules séminales. On fera passer d'abord un courant faradique à intermittences lentes, en

se servant de préférence du courant fourni par la bobine à gros fil, ou bien de l'extra-courant. Le pôle négatif de l'appareil sera mis en rapport avec l'électrode rectale.

On emploiera ensuite un courant galvanique d'une intensité de 10 à 15 milliampères. Il faut éviter de laisser passer ce dernier courant d'une manière continue; on doit, au contraire, faire des intermittences et des renversements fréquents et on changera chaque dix interruptions l'électrode de place. On empêchera ainsi la production d'eschares qui ne manqueraient pas de se développer si le courant passait trop longtemps à la même place et dans un seul sens.

La durée totale de la séance ne dépassera pas 10 minutes, et on fera trois séances par semaines;

37 Chez les neurasthéniques, qui forme la plus grande partie des spermatorrhéiques sans lésion, on se trouvera bien d'employer l'électricité statique sous forme de douches, vent et étincelles courtes sur la région dorsale.

(J. de méd. de Paris).

Du rôle de la kinesiathragie dans le traitement de la scoliose à ses divers périodes

par le Dr. René Mesnard.

Conclusions :— Une scoliose souple et susceptible de redressement volontaire peut guérir par le seul traitement kinésithérapique sans corset ni appareil; ici la kinésithérapique est nécessaire et suffisant.

Une scoliose rigide doit avant tout être assouplie pour qu'on puisse ensuite, à l'aide de moyens variés (décubitus, corset etc.....), lui imposer une attitude passive corrigée. Le massage et les exercices devront aussi dans ce cas rendre aux muscles leur force perdue, mais ici la kinésithérapique, tout en restant indispensable, ne sera plus suffisant au moins dans le sens où, généralement, on la comprend.

(Rev. de lin. et d'Elect.)

FORMULAIRE

POMMADE DE GUYON

M. le professeur Guyon emploie, pour lubrifier les instruments et les sondes urétrales, une pommade très glissante, qui a en outre l'avantage d'être antiseptique sans être irritante.

En voici la formule d'après le *Bulletin des Sciences pharmacologiques* :

Sublimé.....	0 gr. 02 centigr.
Eau.....	25 grammes
Poudre de savon.....	50 —
Glycerine.....	25 —

Cette pommade, ne contenant aucun corps gras, pourrait servir, au même titre que le glycéralé d'amidon de véhicules aux substances qui, comme l'orthoforme, contre-indiquent l'emploi des graisses.

(Gaz. des Hôp.)

L'ACIDE TRICHLOROACÉTIQUE DANS LE TRITEMENT DE LA FIEVRE DES POINS

Le docteur Krause (de New-York) recommande la pommade suivante :

Acide trichloracétique.....	1
Eau distillée.....	100

Deux à trois fois par jour à injecter dans le nez. L'auteur a, paraît-il, guéri plus de trente cas de fièvre des poins. L'amélioration se produit au bout de six à huit jours.

(Les nouveaux remèdes Gaz. des Hôp.)

BIBLIOGRAPHIE

La faiblesse irritable sexuelle ; étude psychophysiologie médicale, par V. RENZA. (Vol. de 112 pages). Paris A. Maloine, éditeur, 23 et 25, rue de l'école de Médecine.

L'Aphasie Motrice, par le Dr. F. BERNHEIM, (Tiré à part de 125 pages avec 15 figures). Paris. Publications de *La Parole*, 12, rue de Caumartin.

MALADIES DE LA VOIX, par André Castex, Chargé du Cours de Laryngologie, Rhinologie et Otologie à la Faculté de Médecine de Paris Médecin adjoint à l'Institut des Sourds muets de Paris. 1 volume in-8° cavalier de pages avec 49 figures. (C. Naud, Editeur, 30 rue Racine, Paris).

Etiologie du stridulisme congénitale chez l'enfant par J. THOMSON, et A. L. TURNER, in 8° de 12 pages avec 10 figures). Tiré à part de *La Parole*, 12, rue de Caumartin, Paris.

A propos de l'article de LM. J. Thomson et L. Turner sur l'Etiologie du stridulisme congénital chez l'enfant par MARCEL NATIER, (in 8° de 7 pages). Tiré à part de *La Parole*, 12, rue de Caumartin, Paris.

Faux Adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez des néviopathes. Troubles de la voix parlée et chantée, par MARCEL NATIER, (in-8° de 32 pages avec 4 figures). Tiré à part de *La Parole*, 12, rue de Caumartin, Paris.

**M. FAUDON, LE SAVANT DIRECTEUR DU LABORATOIRE DE PHARMACIE PRATIQUE SE FAIT
REMARQUER A L'ETRANGER**

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur un article intitulé "A Great Catalogue" que nous reproduisons du "Canadian Pharmaceutical Journal" du mois de Février. Une traduction de cet article est placée en regard du texte anglais. On verra que cette revue anglaise publiée à Toronto, Ontario, se moque avec raison, des niaiseries qu'on se permet d'adresser aux médecins Canadiens. C'est à lire et..... à méditer. Nous en recommandons la lecture à ceux qui par leur encouragement ont fourni à M. Faudon de monter son industrie.

A great catalogue

We have recently been favored with a copy of a catalogue of French specialties which is intended for distribution amongst Canadian physicians. We all know that the education of physicians leaves much to be desired in the way of pharmacy and chemistry, but we cannot believe that any physician, no matter how poorly versed in these branches, will be taken in by the statements made in this circular. We do not know whether the writer and distributors of the catalogue in question are to be accused of sublime glib and ignorance, or whether they believe that the physicians to whom the catalogue is distributed are so ignorant of elementary chemistry and pharmacy as to believe the balderdash which makes up the bulk of the scrawl. It has generally been supposed that the American patent medicine makers were past-masters in the art of humbugging the public, but the "Pharmacien-chimiste de l'école supérieur de Paris, Officier de l'Académie, etc., etc., etc.," can give any American writer of patent medicines buncombe cards and spades and beat him easily. Here are a few gems picked from the collection.

Writing of a preparation of peptonate of iron and manganese the words of this oracle are as follows:—
"Le Peptonate de fer est une combinaison stable de peptone pur desséché et d'oxyde de fer en milieu glycérique".

"The peptonate of iron is a stable combination of pure dried peptone and oxide of iron in a glyceric medium".

What our enquiring spirit yearns after is, how can a body be dried if in a glycerine menstruum? A thing cannot be dry and wet at the same time, but this genius says it is. However, we will let that go.

Then follows:—

"On le prépare en distillant, dans le vide, du sang de bœuf, privé de sérum, en présence de l'oxyde de fer".

"It is prepared by distilling in vacuo, ox-blood deprived of serum, in the presence of iron oxide."

Here are a number of new physiological and chemical facts published for the good of the medical profession. He upsets at once all our preconceived notions of the constitution of ox-blood as well as of iron salts.

What we want to know is, what are the volatile

Un catalogue gerlal

On nous a récemment fait la faveur de nous adresser un exemplaire d'un certain catalogue de préparation pharmaceutiques françaises, qu'on s'est proposé de distribuer parmi les médecins Canadiens. Il est généralement reconnu que l'éducation de nos médecins n'est pas parfaite au point de vue de la pharmacie et de la chimie, mais nous ne croirons pas que le moins savant d'entre eux sous ce rapport, puisse se laisser bernier par les bourdes insérées dans cette feuille. Nous ne savons s'il faut accuser le rédacteur et les administrateurs du susdit catalogue de sublime toupet ou d'ignorance, ou bien s'ils croient que les médecins à qui on les distribue sont tellement peu imbus des éléments de la chimie et de la pharmacie qu'ils gèberont tout le galinias pondu en cette élucubration indigeste. On considère que les Américains comme inventeurs de médecines brevetées sont des maîtres dans l'art de mystifier le public, mais le "Pharmacien chimiste de l'école supérieure de Paris, officier de l'Académie, etc., etc., etc." peut leur rendre des points et les battre. Tirons et faisons voir quelques joyaux de l'écrin.

Au sujet d'une préparation de peptonate de fer et de manganèse, voici ce que nous révèle cet oracle:—
"Le peptonate de fer est une combinaison stable de peptone pur desséché et d'oxyde de fer en milieu glycérique."

Comment! un corps qui se desèche en un milieu glycérique? Mais une chose peut donc être sèche et humide en même temps? Oui, prétend notre génie. Passons outre:—

"On le prépare en distillant, dans le vide, du sang de bœuf, privé de sérum, en présence de l'oxyde de fer."

Voilà des constatations physiologiques et chimiques nouvelles et publiées dans l'intérêt de la profession médicale! Elles sont renversantes, et détruisent du coup toutes nos notions actuelles sur la composition du sang de bœuf et des sels de fer.

Nous aimerions connaître quels sont ces éléments volatils du sang de bœuf qui se détachent par distillation dans le vide, s'il vous plaît, et comment ils se combinent avec l'oxyde de fer.

Ces données toutes neuves sont si belles, si frappantes, que tous en sont ébahis et attendent que le nouveau

constituents of ox-blood, which are liberated by distilling, in vacuo, if you please, and how do they combine with the iron oxide.

The whole thing is so beautifully novel, and so striking, that an astonished world looks on agape, awaiting, till this new Paracelus, Lavoissier and Berthelot, rolled into one, arises and explains these wonderful phenomena.

In his description of his Lecithine ab ovo he makes some statements which will make Armand Gauthier and Albert Robin look silly.

He further states that peptone is the active principle of beef.

We regret that our space is not sufficiently great to amuse our readers with more of the brilliant statement of this wonderful catalogue. We will say, however that the above have been culled at random from pages 2, 3, and 4, and as the book contains 21 pages it will be seen that there is quite a mine of humor still untouched therein.

Candidly, the catalogue is an insult to the intelligence of the physicians to whom it is addressed, because no man with any idea of respect for the medical men of the Province of Quebec would foist upon them such a rigmarole of arrant nonsense as this catalogue proves to be.

Paracelse, Lavoissier et Berthelot, dont il ne fait qu'un nous explique ces phénomènes étranges.

Dans la description qu'il fait de sa *lecithine*, il établit d'abord des choses qui feraient passer pour bonnets Armand Gauthier et Albert Robin.

Il règle ensuite que le peptone est le principe actif du bœuf.

Nous regrettons de ne pas avoir l'espace voulu dans ces colonnes pour amuser nos lecteurs en leur citant encore des traits d'érudition de ce catalogue merveilleux. Disons cependant que nous en avons notés au hasard pages 2, 3 et 4, et comme ce livret en contient 21, on peut voir qu'il y a encore toute une mine d'humours dont bien des filons n'ont pas été touchés.

Franchement, ce catalogue est une insulte à l'intelligence des médecins à qui on l'adresse, car, pas un homme qui se respecte, dans la province de Québec, ne voudrait faire avaler à ces derniers un rabâchage de vraies inepties comme il en grouille dans ce catalogue.

NOUVELLES.

DECES

M. le professeur Burggrave, le père de l'École dosimétrique, vient de s'éteindre à Gand, à l'âge de 96 ans.

MARIAGES:—

Le 25 janvier à l'église Saint Louis de-France, M. le docteur L. Avila Demers, professeur à l'université Laval de cette ville, conduisait à l'autel Mlle Marie Elmina Clarinde Richer Lafèche, fille majeure de Charles Abraham Richer-Lafèche de St-Hyacinthe. Mlle Richer-Lafèche était la nièce de feu Mgr. Lafèche; évêque de Trois Rivières.

MEDICINE ET LITTÉRATURE

Notre confrère Jehin-Prume a tout dernièrement fait représenter au "Théâtre National Français" de Montréal, une tragédie en six tableaux, "*Vitrix*" tel est le nom de la pièce, a remporté un certain succès malgré l'exégnité de la scène et naturellement le manque de figuration.

L'œuvre du Docteur Jehin Prume se rattache au genre classique, l'intrigue se passe à Rome sous le règne de Caligula. Nous voyons tour-à-tour défiler devant nous les mœurs de cette époque de l'empire Romain et

l'auteur est resté dans un réalisme qui n'a pas manqué de surprendre un peu notre public: plutôt habitué à considérer cette période de l'histoire au point de vue légendaire qu'au point de vue réel.

En somme la tragédie du Docteur Jehin-Prume a reçu un accueil favorable et nos grandes feuilles quotidiennes se sont montrées élogieuses. On a trouvé le sujet excellent, la pièce bien conduite et bien charpentée.

Notre confrère n'en est pas à sa première pièce, nous avons entendu de lui "*Si Bémol*" comédie en un acte, "*Le mariage de Lucette*" comédie en trois actes (collaboration Germain Beaulieu.), "*Pour le Drapeau*" et "*Carmen*". En plus le Dr. Prume a à son actif dix-huit pièces traduites de l'anglais qui furent représentées au "Théâtre National".

L'Etat du Connecticut permet l'internement volontaire des malades adonnés à l'abus des drogues et des alcools. Le chapitre 230, section 3690 des statuts généraux du Connecticut se lit ainsi:

"Les gérants, administrateurs ou directeurs de tout asile pour buveurs, établi en conformité des lois de cet état, peuvent recevoir tout buveur ou dipsomane qui en fera la demande, l'y garder pendant une année, l'y traiter, et le contreindre comme s'il était colloqué par la Probate Court."

Il suffit, pour être interné, de signer la formule

demande d'admission fournie par les asiles.

Au Sanitarium du Dr. Given, à Stamford, Conn., un pavillon est entièrement consacré au traitement des buveurs et des habitués des drogues.

AMERICAN MEDICO-PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Cette association tiendra sa 58ème séance annuelle à l'Hotel Windsor, Montréal, les 17, 18, 19 et 20 juin 1902.

BUREAU

Président : R. J. Preston, M.D., Marion, Vt.
Vice-Prés. G. Adder Blumer, M.D., Providence, R.S.
Sec.-Trés. C. B. Bun, M.D., Flint, Mich.

COMITÉ DE RECEPTION

T. J. W. Burgess, M. D., Surintendant médical, Protestant Hospital for the Insane, Verdun ; George Villeneuve, M.D., surintendant médical, Asile St.-Jean de Dieu, Longue-Pointe ; A. Vallée, M.D., surintendant médical, Asile d'aliénés de Québec; Jos. V. Anglin, M. D., assistant surintendant, Protestant Hospital for the Insane; E.P. Chagnon, M.D., médecin de l'Hopital Notre-Dame, Montréal; Jos. Perrigs, M.D., Past Président Montreal Medico-Chirurgical Society, Montreal.

COMITÉ AUXILIAIRE

Hon. Jas. Guérin, M.D.,	Dr. A. R. Marsolais,
Dr. G. E. Armstrong,	Dr. G. T. Roddick,
Dr. Jas. Stuart,	Dr. E. P. Lachapelle,
Dr. A. Macphail,	Dr. R. Boulet,
Dr. F. J. Shepherd,	D. F. Devlin.

L'adresse annuelle sera donnée par le Dr. Wyatt-Johnston, lecteur en jurisprudence médicale, Faculté de Loi de l'Université McGill, assistant Professeur d'Hygiène, Faculté de Médecine, Pathologiste du Montreal General Hospital, etc. Sujet :—The Medico Legal Appreciation of Frauma in its Relation to Abnormal mental Conditions.

L'ACCIDENT DE VIRCHOW.— A la suite d'un accident de voiture, le professeur Virchow a été atteint d'une fracture du col du fémur. Son entourage avait été très inquiet vu le grand âge du savant. On assure, dans les dernières nouvelles, que l'état général de Virchow est des plus satisfaisants.

Informations Médicales

Cure Climatotherapique d'Ajaccio

par M. le Dr. PETIT (fils)
Médecin consultant à Ajaccio

La situation exceptionnelle d'Ajaccio et son climat

en ont fait une des stations hivernales les plus recherchées pour les débilités et les affaiblis. Le *tuberculeux* trouvera à Ajaccio un climat tonique et reconstituant, ses oxydations se feront mieux et partant sa santé générale s'améliorera. Le *rhumatisant*, séjournant dans une atmosphère exempte de froid et d'humidité, pourra, à son grand profit, vivre au grand air et prendre l'exercice si salubre au bon fonctionnement tant de ses articulations que de sa circulation en général. Les *anémiques* et les *chlorotiques*, en combinant la cure d'air et la cure de marche, verront se régulariser leurs fonctions digestives, l'appétit renaître et les forces revenir. Chez les *cardiaques*, la cure maritime modifie heureusement l'érythème vasculaire et, par cela même, soulage le travail du cœur. L'absence de brouillards évitera à beaucoup d'*asthmatiques* des crises pénibles.

Enfin, les *neurasthéniques*, qui souffrent d'un trouble profond de la nutrition générale, se trouveront particulièrement bien du climat tonique et sédatif d'Ajaccio, qui stimulera les fonctions de leur organisme, et leur redonnera l'appétit, le sommeil et le repos moral.

(*Presse scientifique internationale*)

93 Boulevard St. Germain.

LA MÉDECINE AU TRANSVAAL

Les Anglais viennent de réglementer l'exercice de la médecine au Transvaal. Les titulaires de diplômes étrangers ne pouvant exercer que si les lois du pays qui leur a conféré leur diplômes donnent des droits équivalents aux médecins munis de diplômes anglais.

(*Le Progrès Médical.*)

STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

Sur 2200 accouchements pratiqués dans le service de M. Pinard, le nombre de décès a été de 18, ce qui fait une mortalité moyenne de 0.50%.

(*Progrès méd.*)

WORLD'S FAIR, ST. LOUIS

Le docteur Léonidas H. Laidley, a été nommé Directeur Médical de l'Exposition.—Le docteur Laidley est professeur de Gynécologie et de Chirurgie pulmonaire au collège de Médecine Marion-Sims-Beaumont chirurgien au Protestant Hospital, chirurgien consultant au Femal Hospital.

Le bain persan

Avez-vous jamais pris un bain persan ? C'est la dernière nouveauté en fait de message. — Promenade sur une épine dorsale. — Massage avec les pieds et les mains.

Un monsieur aux grand pieds monte et descend le long d'une épine dorsale ; appelez est exercise " prendre un bain persan " , voila quel est le dernier cri en fait de message exentrique . Comme tout ce qui est mode, c est d'une valeur douteuse ; on pretend néanmoins qu'un tel bain a toutes sortes de vertus bienfaisantes.

Trente-deux pétrissages de muscles distincts et variés constituent le répertoire du masseur.

Il grimpe le long de l'échine de la victime en train de prendre un bain persan, et ce qu'il ne fait pas avec ses mains, il le fait avec ses pieds.

Le baigneur s'installe d'abord solidement sur la table d'opération ; pour pouvoir supporter le poids du masseur il prend avec les mains point d'appui sur ses chevilles. L'opérateur commence alors à grimper le long de l'épine d'orsale du baigneur.

Il se balance avec adresse sur le dos vouté, et, des doigts et des orteils, masse les muscles thoraciques d'abord, ceux des épaules ensuite, puis ceux de la nuque

Il n'entend pas les gémissments de sa victime qui, écrasée du poids de son bourreau, et de plus piétinée pincée et pétrie par huit doigts, deux pouces et dix orteils, il va, poursuivant sa route vers le cou. Arrivé au sommet de l'épine d'orsale, il s'arrête et se met à danser sur la nuque de sa victime, humblement prosterné vers le sol.

Demi-tour. Descendant alors, il reprend sa promenade lente et laborieuse ; les doigts et les orteils érasent et tordent les muscles, jusqu'à ce qu'il soient à point pour être considérés comme sains, suivant appréciation persane.

Quand le masseur a atteint la partie intérieure de la colonne vertébrale, il laisse l'opéré se reposer et fumer afin de calmer ses nerfs, avant de passer au deuxième acte, qui est en tout semblable au premier, avec cette différence que maintenant la victime est couchée sur le dos. Son bourreau se promène ignominieusement sur elle, foule, écrase poitrine, estomac et bras : monte le long d'une jambe, redescend le long de l'autre, pendant que les orteils sont en plein travail ; il longe le bras étendu jusqu'aux épaules, traverse la voûte thoracique et descend le long de l'autre bras. Comme finale, le masseur saisit violemment les jambes du malheureux baigneur, le tire l'une après l'autre, puis tord les bras au point de les arracher presque.

Si le malade n'a pas suffisamment souffert, d'autres tortures sont en réserve. On lui tord les oreilles, en un nœud (?) puis on les denoue un instant après. On lui tourne la tête jusqu'à ce que la face regarde complètement en arrière. On lui fléchit et on lui malaxe les doigts

jusqu'à ce qu'il aient acquis la flexibilité qu'il convient d'avoir en Perse.

Ayant épuisé les moyens de tortures à la disposition de ses doigts et de ses orteils, le masseur s'arme alors d'une paire de gants rudes et se met à frictionner énergiquement le corps pour appeler le sang à la surface et y amener en même temps vigueur, joie et bonheur telles sont en Perse les qualités inherentes aux globules du sang.

Après avoir ainsi servi de terrain de promenade, après avoir été foulée aux pieds, tirillée et frictionnée, et cela avec un abandon plein de passivité, la victime du masseur a de nouveau droit au repos, avant les ablutions finales dans l'eau, qui, suivant l'opinion des sujets du shah ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire dans l'administration du bain.

Les rares Américains qui ont tâté du bain persan en vantent à leurs amis les effets exhilarants.

C'est tout ce qu'il y a de plus désagréable pendant le bain, mais après, on en ressent le plus grand bien du monde, disent-ils ; c'est la répétition des paroles de ce fameux paysan qui prenait une douche pour la première fois.

La figure ci-jointe fera penser à ceux qui n'ont pas essayé le bain persan que ceux qui vantent l'efficacité de bain pour guérir les maux de notre pauvre humanité le font avec l'idée d'amener d'autre à se soumettre à cette torture, afin d'avoir l'occasion de rire de leur détresse.

Durant qu'il grimpe le long de votre épine dorsale, et qu'il enfonce ses orteils dans la chair de vos épaules, le masseur persan vous dira que l'usage simultanée des pieds et des mains constitue un grand progrès, en ce sens que des mouvements sont fait simultanément qui autrement, devraient être faits successivement et que conséquemment la double maxalation produite à l'aide des mains et des pieds est de beaucoup supérieure au pétrissage fait avec les doigts seulement. On allégué de plus que le rôle joué par les muscles qui supporte le poids du masseur occupé à remplir ses rudes fonctions est des plus profitables à l'organisme.

La figure ci-dessus donnera l'impression qu'il n'y a que des athlètes et des lutteurs professionnels qui puissent résister à un traitement aussi héroïque. Le bain dure deux heures. Il faut dit-on, une quinzaine de jours pour se remettre de ses effets.

LE DOCTEUR GILBERT

Nous commencerons dans notre prochain numéro un feuilleton médico-Littéraire. "Le Docteur Gilbert" roman psychologique écrit par un auteur canadien, M. le Dr. Jehin-Prume.

Travaux Originaux

SYPHILIS TERTIAIRE ; OBSERVATION.

par M. le Dr JEHIN-PRUME (Montréal)

Il y a quatre ans je publiais une étude sur les injections intraveineuses de Cyanure d'Hydrargyre, comme traitement des affections graves syphilitiques. Cette médication consiste à injecter dans le système veineux une solution de Cyanure de mercure à la dose de un pour cent. On injecte généralement un centimètre cube du médicament, en ayant la précaution de commencer par la moitié de cette dose afin d'éprouver la susceptibilité du patient.

Il est incontestable que cette médication offre dans les cas graves de syphilis tertiaire, des avantages considérables. J'ai en main au delà de cent observations favorables, et qui plus est, j'en ai pratiqué à la clinique du Dr. Abadie, de Paris, au delà de deux milles et chez moi au-delà de trois cents, sans avoir les moindres inconvénients, ce qui démontre clairement que ce mode de traitement ne présente aucun danger.

Une chose également certaine, est que bon nombre de patients ont obtenu du soulagement avec ce traitement alors que tous les autres modes d'administrations avaient échoués.

Il est évident que le traitement de la syphilis se résume en ces deux mots: "Mercure et Iodure."

Quant à l'iodure de potassium tout le monde est d'accord sur son mode d'administration et sur ses doses. Cependant dans un traitement long, il faudra étudier le degré d'endurance du sujet et permettre de temps à autre à l'estomac de se reposer.

Quant au mercure, quelques-uns préconisent un sel mercuriel plutôt qu'un autre. Certains préconiseront l'onguent napolitain, d'autres les pilules de protoiodure, le sublimé, les fumigations, etc., etc.

Tous ces traitements sont bons, mais doit-on pousser à l'extrême une médication sans tenir compte du degré de tolérance du patient. Combien de fois j'ai vu des malades ne pouvoir supporter l'onguent napolitain à cause des gengivites, et la salivation. Le Protoiodure provoque chez d'autres des troubles stomacaux des plus désagréables. Enfin on a souvent vu ces différents modes d'administration du mercure

donner aucun résultat, et le simple effet de changer le système du traitement suffit pour donner une amélioration presque immédiate.

Le traitement de la syphilis est long. Fournier dit deux ans. Nous voyons qu'il faut ménager la susceptibilité des patients, et ne pas se retrancher derrière une seule méthode.

Au contraire, il faut varier et de cette façon, le résultat sera maintenu, l'effet constant et le malade n'éprouvera aucun malaise.

Les quelques observations qui suivent sont, du reste, assez éloquents.

I.

Syphilis tertiaire, strabisme, pseudo-paralysie de la septième paire, commencement d'aberration mentale.

Un jour qu'après mon service je me promenais dans les salles de l'hôpital Notre Dame, un confrère me conduisit au lit d'un malade qui se trouvait dans son service.

"Je vous présente," me dit-il, "un patient qui va vous intéresser. C'est un cas de syphilis tertiaire rébarbatif aux différents traitements qui ont été institués jusqu'à présent. Je viens de lire votre étude sur les injections intra-veineuses, ne pensez-vous pas que ce patient pourrait en bénéficier.

Je répondis à mon collègue que tout en ayant une grande confiance dans l'efficacité des injections intra-veineuses, je ne les employais que dans les cas excessivement graves, chez lesquels une intervention rapide est indispensable. Il faut donc avant de me prononcer, faire un examen complet du malade.

Léon G., est âgé de 33 ans, est marié et exerce la profession de musicien. Il me raconte lui-même son histoire avec franchise et clarté.

"Il y a deux ans," me dit-il, "que j'ai contracté la syphilis, j'étais alors célibataire, et jamais auparavant je n'avais eu aucune maladie vénérienne.

Les premières périodes de la maladie se succédèrent à époques rapprochées. Tout se passa relativement bien, j'eus des boutons sur le corps, mes cheveux tombèrent, j'eus des maux de gorge, et de terribles maux de tête, et singulière chose, ajouta le malade, plus la nuit que le jour.

Enfin se croyant complètement guéri, M. G., se maria et reprit le cours de ses occupations profes-

sionnelles.

Tout allait bien, lorsqu'un jour il s'aperçut qu'une certaine raideur siégeait dans sa figure, le mouvement des mâchoires se faisant fort mal et la langue n'ayant pas sa souplesse habituelle. Croyant que cela n'était rien, G. attendit jusqu'au jour où de la diplopie vint réveiller toutes ses inquiétudes. Il se décida à consulter son médecin qui eut vite fait de diagnostiquer un réveil de la syphilis et le plaça incontinent sous un traitement à l'Iodure de Potassium et aux granules de Protoiodure. Ce traitement n'eut comme résultat que de délabrer l'estomac du malade sans emmener aucun changement dans l'état de la maladie qui ne fit, du reste, qu'évoluer de mal en pis, en effet, G. eut de la faiblesse, du vertige, de la perte de mémoire, changement complet de caractère. Le malade qui à l'état normal est d'un caractère plutôt paisible est devenu violent, a de fréquentes attaques d'allucinations qui effrayent beaucoup son entourage.

C'est alors qu'il fut décidé de l'envoyer à l'hôpital, où l'on institua le traitement mixte, iodure de potassium et onguent napolitain.

Après un traitement assez long, on constate aucun changement appréciable, il y a toujours diplopie, les lèvres ne fonctionnent guère avec plus de facilité, l'intelligence n'est presque pas améliorée. En plus le malade est d'une faiblesse extrême, le teint jaune-verdâtre, les yeux enfoncés dans leur orbite.

* * *

Mon collègue et moi nous nous retirons un peu à l'écart.

"Qu'en pensez-vous?" me demanda-t-il.

"Grave," répondis-je.

"Dans huit jours il sera à la Côte des Neiges," dit un étudiant.

"Ou à la Longue Pointe," répondit un autre.

"C'est à voir," dis-je, "changeons le traitement et voyons si le mercure administré sous une autre forme ne donnera pas des résultats inespérés?"

C'est alors que je prescrivit les injections sous-cutanées de cyanure de mercure.

Eau distil. et filtrée. . . . 100

Cyanure d'hydrarg. . . . 1 gramme.

à injecter une seringue de Pravaz par jour jusqu'à avis contraire.

Mon collègue me demanda: "Pourquoi n'instituez-vous pas les injections intra-veineuses?"

"Pour les raisons que voici: D'abord, pour ces sortes d'injections, on ne doit pas se servir de n'importe quelle seringue, par crainte d'injecter une poussière ou de l'air, celle de Lüer seule remplit les conditions exigées.

Le liquide doit être stérilisé et d'une limpidité à toute épreuve, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir dans nos services d'hôpitaux.

Dans la méthode sous-cutanée il n'est pas besoin d'entrer dans autant de détails et c'est justement la raison pour laquelle je l'adoptais. Car si la voie sous-cutanée n'est pas aussi rapide que celle intra-veineuse, elle était très suffisante dans le cas présent, que je jugeais, du reste, comme étant très guérissable.

* * *

Le cyanure de mercure est le plus toxique de tous les sels mercuriels, cependant, dit Foster, lorsqu'il est adroitement administré il est rare d'avoir des accidents.

Quant à mon expérience personnelle, et j'ai à mon actif des centaines d'observations. Je puis dire n'avoir jamais été témoin de complications quelconques.

La seule chose que j'ai été à même d'observer est, dans les premiers jours du traitement, quelques crampes intestinales, mais sans gravité, et, qui se dissipaient à mesure que le patient était plus habitué au médicament.

Le cyanure d'hydrargyre ne m'a jamais donné l'occasion de constater des désordres du côté de la bouche, de la circulation ou du système rénal.

Le cyanure est très soluble, il se dissout dans l'eau, et se range thérapeutiquement au point de vue de la solubilité avec le sublimé, le peptonate, et le albuminate de mercure.

Au moment de l'injection il ne cause pas plus de douleur que les autres, mercuriaux. Quant aux abcès, ils sont peu fréquents.

Ici encore il est un point à considérer, l'abcès était-il dû au médicament ou au manque d'antisepsie, Pourtant le mercure est suffisamment microbicide pour éloigner le doute, et c'est plutôt par irritation, ou introduction dans la plaie d'un germe après l'in-

jection, que l'abcès doit son apparition.

Pour obvier à ces accidents, je possède un moyen bien simple.

Suivant l'avis du Professeur Fournier, je fais l'injection dans le haut de la cuisse (région extérieure) ou dans la fesse. D'abord lavage de la peau avec une solution de bi-chlorure d'hydrargyre à 1 pour 500. Puis si j'ai une aiguille en platine je la flambe à la flamme d'une lampe à alcool. Si l'aiguille est en acier je la passe à l'alcool absolue ou dans de l'éther. La piqure faite, je bouche la petite plaie avec un mince bouchon d'ouate hydrophile et du collodion élastique.

Comme ceci, il est rare de constater des abcès. Cependant il faudra toujours se méfier des lymphatiques, qui présentent une grande tendance à ces sortes d'accidents.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Les lavages de l'intestin chez l'enfant.

par M. L. BABONNEIX.

Inventée par Cantani en 1878, puis appliquée par Monti (1887) à la pathologie infantile, l'entérocluse n'est réellement entrée dans la pratique courante que depuis les recherches de MM. Dauriac et Lesage. C'est à ces auteurs que revient le mérite d'avoir, les premiers, étudié expérimentalement la question, fixé, d'une façon définitive, la technique des lavages de l'intestin.

Cette "technique" est d'ailleurs des plus simples, et comporte seulement les instruments suivants : un réservoir d'une contenance de 2 litres, un tube de caoutchouc, une sonde. La sonde sera le plus souvent une sonde urétrale, No. 25 de la filière Charrière, ou encore une sonde oesophagienne de Debove. Son extrémité supérieure est rattachée, par un petit tube de verre, à un tube de caoutchouc du volume du petit doigt et de 1 mètre à 1 mètre et demi de longueur. Ce tube s'adapte, d'autre part, à la tubulure latérale d'un bock en verre ou en porcelaine, ou encore à l'extrémité inférieure d'un entonnoir suffisamment grand.

Pour pratiquer le lavage, l'appareil étant ainsi monté, on fait coucher le bébé sur le dos, ou mieux encore sur le côté droit du corps, les cuisses fléchies sur l'abdomen et immobilisées par un aide dans cette attitude. Certains auteurs [Dauriac et Lesage, Angerant], se contentent de soulever légèrement la hanche gauche du sujet, de façon à mettre le caecum dans une situation déclive. "Cette position est avantageuse, elle a pour but de permettre au liquide de chasser du caecum les gaz qui s'y accumulent en grande abondance et qui, distendant cet organe, ont pour effet d'affronter les deux lèvres de la valvule. Quoi qu'il en soit, l'extrémité de la sonde, graissée avec de la vaseline, de la glycérine, etc., ou simplement humectée d'eau bouillie, est prudemment enfoncée dans le rectum jusqu'à ce que 15 à 20 centimètres environ aient pénétré dans l'intestin. En allant doucement, en exerçant une pression continue, on peut faire remonter la sonde très haut ; au cours de leurs expériences, MM. Lesage et Dauriac ont introduit la sonde de Debove jusqu'au milieu du côlon transverse : M. Angerant a pu la suivre jusqu'à l'angle gauche du côlon. On prescrit à un aide d'élever le réservoir à une faible hauteur, 20 à 30 centimètres, au-dessus du plan du lit : le liquide s'écoule peu à peu dans l'intestin qu'il dilate progressivement. Il est indispensable, à ce moment, de serrer sur la sonde toutes les parties molles de la région anale, ou d'obturer l'anus autour de la sonde à l'aide d'un tampon de coton ordinaire, non hydrophile, afin d'empêcher l'issue immédiate du liquide.

Au bout de quelques minutes, la peau de l'abdomen se tend, devient luisante, sans que, d'ailleurs, l'enfant accuse la moindre gêne. Lorsque le réservoir est vide, on sépare la sonde, soigneusement maintenue en place, du petit tube de verre qui la relie au reste de l'appareil. Le liquide injecté s'écoule alors en jet ; lorsqu'il est presque complètement écoulé, on retire la sonde, l'opération est terminée.

On a beaucoup discuté la question de savoir "quel liquide" employer pour les lavages. L'eau boricuée, peu antiseptique, mais irritante et peut-être même toxique, les solutions de naphthol, souvent dangereuses chez les tout jeunes enfants, les solutions de créoline ou d'acide lactique, de tannin, doivent être soigneusement évitées. M. Guérin recommande les solutions mucilagineuses de graine de lin, de guimauve, de mauve, de bouillon blanc. Dans l'immense majorité des cas, l'eau bouillie, l'eau salée à 7 p. 1000 devront être préférées à toutes les solutions précédentes : elles sont peu irritantes, détail qui a bien son intérêt, faciles à se procurer en tout lieu.

Quelle doit être la "température" du liquide injecté ? Les liquides tièdes ont été recommandés par

Vandamme et Eichhorst ; Monti et M. Hutinel adoptent la température de 25 degrés ; Maragliano, Lesage et Dauriac préconisent, au contraire, les lavages chauds à 38 degrés. En réalité, ici comme pour les lavages de l'estomac, tout dépend de l'état du malade : "L'eau de lavage sera froide, dit M. Lesage, "s'il y a de la fièvre, chaude à 38 degrés s'il y a de l'hypothermie. Ainsi que l'a montré Lorain, le lavage froid abaisse la température autant qu'un bain froid. Chaud à 38 degrés, au contraire, dans les cas algides, il peut la relever d'un degré."

Il est important, pour ne pas distendre trop l'intestin, de ne pas dépasser la "quantité" d'un litre à un litre et demi par lavage chez les nourrissons, de deux litres chez les enfants plus âgés. Quant à la "fréquence" des lavages, on peut dire, en règle générale, qu'il ne faut pas en faire plus de deux par jour, un le matin un le soir, et encore seulement dans les cas très aigus.

En suivant ces indications, il est rare d'observer des "accidents." Le reflux du liquide intestinal vers les voies digestives supérieures, reflux aboutissant au vomissement, ne se produit que si l'on emploie des quantités considérables de liquide ou si l'on donne à ce liquide une pression trop forte. Les douleurs et coliques dues à la dilatation de l'intestin, d'ailleurs exceptionnelles, seront évitées si l'on a soin d'opérer lentement et de surveiller attentivement le niveau du liquide dans le bock. Ce niveau baisse-t-il peu à peu, la dilatation de l'intestin s'opère progressivement ; il n'y a pas de phénomènes réactionnels. Baisse-t-il brusquement, au contraire, par saccades, alors on peut craindre l'apparition des coliques. Ces coliques ne persistent pas habituellement, si l'on cesse aussitôt l'entéroclyse ; dans les cas rares où elles présentent une grande intensité, on réussira presque toujours à les calmer rapidement en couvrant l'abdomen de compresses humides très chaudes ou de cataplasmes [Guérin]. La rupture de l'intestin ne s'observe que dans les cas où le liquide est injecté sous une très forte pression : elle est absolument exceptionnelle. Enfin dit encore M. Guérin, le principal inconvénient des lavages réside dans l'abus qu'on peut en faire si l'on méconnaît les conséquences de leur emploi immodéré. Vient-on à pratiquer trop souvent l'entéroclyse, la musculature de l'intestin se fatigue, l'atonie intestinale apparaît. Aussi est-il très important de ne prescrire les lavages que par séries de quatre à cinq jours, avec des interruptions plus ou moins longues suivant les cas.

Des "effets" produits par l'entéroclyse, les uns sont de nature mécanique: déplissement et nettoyage de la muqueuse intestinale ; les autres de nature physiologique : stimulation et régularisation des mouve-

ments péristaltiques de l'intestin, excitation de la sécrétion des glandes du tube digestif et particulièrement du foie.

Quant aux "indications" du lavage de l'intestin, elles varient avec les circonstances. Dans le choléra infantile, l'entéroclyse est préconisée par d'Espine et Picot, Epstein, Hutinel et Thiercelin, Lesage, J. Renault, etc. Seul, M. Marfan reproche à cette méthode thérapeutique d'affaiblir encore l'organisme du nourrisson, de provoquer le collapsus, et la proscribit absolument dans tous les cas de choléra infantile. En somme, ici comme pour l'estomac, la question est encore discutée ; mieux vaut-il, peut-être, s'abstenir d'une méthode qui n'a pas prouvé son efficacité et qui peut faire courir quelques dangers au nourrisson. Dans les gastro-entérites aiguës, fébriles, le lavage froid de l'intestin est au contraire tout indiqué : il abaisse la température du corps et diminue les fermentations intestinales ; son action est d'autant plus effective que les phénomènes intestinaux sont plus accusés: c'est ainsi qu'il rendra les plus grands services dans les cas où les selles sont particulièrement fétides. Enfin, dans ces formes de gastro-entérites chroniques qui s'accompagnent de troubles intestinaux prédominants, les lavages de l'intestin trouveront encore leur indication : en diminuant la fétidité des selles, en détergeant la muqueuse intestinale, ils atténuent les phénomènes d'intoxication générale et déterminent souvent une amélioration marquée.

Chez les enfants plus grands, l'entéroclyse réussit également dans les entérites aiguës ou chroniques : elle est surtout utile dans ces cas où, après une constipation opiniâtre, apparaissent des vomissements incoercibles ; ces accidents, que l'on a attribués à l'occlusion spasmodique de l'intestin et qui peuvent présenter une extrême gravité cèdent souvent aux lavages de l'intestin. Ces lavages sont enfin indiqués dans l'occlusion intestinale, cette affection étant peut-être la seule où il est permis d'augmenter la pression du liquide injecté (en élevant le bock à 50 centimètres par exemple) pour essayer de lever l'obstacle.

Les "contre-indications" de l'entéroclyse, comme celles du lavage de l'estomac, se réduisent au seul collapsus : le lavage de l'intestin, déprimant l'enfant, sera donc réservé aux cas où les phénomènes de collapsus ne prédominent pas.

(Gaz. des Hôp.)

Alimentation gélatine et Plastélite du sang

MM. les Drs. "Marc Laffont" et "André Lombard" ont rapporté dans la "Tribune Médicale" les résultats de leurs expériences sur l'action de l'alimentation gélatinée dans les cas où la plasticité du sang

est modifiée.

“ Le sang charriant dans l'organisme les nombreuses substances utiles à la nutrition ou produits d'excrétion, outre qu'il subit des variations continues dans sa constitution chimique, subit aussi des modifications incessantes dans sa constitution anatomique et physique.

“ Il est, en outre, dans certains organes, soumis tantôt à des pressions, tantôt à des dépressions qui varient selon le moment et le point de l'organisme où à lieu l'examen, et sous de multiples influences tant physiologiques que pathologiques.

“ Et de même que dans les usines, les distilleries, on a des filtres appropriés à chaque liquide à filtrer; de même il existe dans la complexité de l'organisme des organes spécialisés en vue de filtration isolée et distincte de chaque élément.

“ L'albuminurie, quelles que soient son étiologie et sa pathogénie, est un symptôme qui indique une souffrance de l'organisme, par suite de modifications dans la constitution moléculaire du sang. Par sa prolongation, par sa persistance, ce symptôme peut amener des lésions dont la gravité et la profondeur iront en augmentant. Et c'est ainsi qu'à l'albuminurie, simple trouble circulatoire, traduisant d'abord, puis provoquant un trouble nutritif, succèdera une néphrite avec des lésions anatomiques. Alors altéré dans sa crase, en passant lui-même à travers un filtre altéré, le sang perdra des quantités de plus en plus notables d'albumine. A ce moment, l'albuminurie ne sera plus seulement le symptôme d'une nutrition viciée, mais celui d'une maladie autonome, ayant sa caractéristique anatomique.

“ Pour les diabètes, on peut faire le même raisonnement. Au début, on observe de la glycémie simple, puis l'albuminurie amenant de l'irritation rénale, le sang se charge d'un excès de glucose que le foie n'emmagasine plus.

“ Quand la plasticité du sang est inférieure à la normale en un mot, chez les hémophiles, on observe d'abord une transsudation séreuse du plasma à laquelle fait suite le passage des éléments anatomiques, favorisé par l'altération des parois vasculaires; à l'osmose, phénomène purement physique, a succédé l'altération vasculaire, lésion anatomique.

“ En considérant ces trois séries de phénomènes, qui se montrent tantôt associés, on voit qu'ils sont reliés, par leur origine, dans la constitution moléculaire du sang. En résumé, on se trouve en présence de modifications cryoscopiques, de modifications dans la densité du sang.

“ Cete similitude d'origine nous a conduits à essayer contre ces divers symptômes une médication analogue, destinée à augmenter, dans tous les cas, la

plasticité, la densité de la masse sanguine. Les travaux antérieurs de M. Lancereaux avaient montré la grande importance des injections de gélatine, quand il s'agit d'augmenter la coagulabilité du sang. Cette méthode, qui présente parfois des dangers, mais souvent des inconvénients, nous a paru pouvoir être rendue plus pratique, à la condition d'administrer la gélatine d'une manière différente. D'une façon systématique, nous avons fait prendre à chacun de nos malades 300 grammes de solution de gélatine à 5 pour cent, en plusieurs fois dans la journée, par la voie gastrique.”

Trois albuminuriques traités par les auteurs de cette manière ont guéri de leur albuminurie en quelques semaines; des glycosuriques traités de la même façon ont vu leur sucre diminuer de dix grammes en dix jours environ et ainsi de suite jusqu'à disparition complète.

En somme, ces expériences tendraient à faire attribuer une réelle efficacité aux solutions concentrées de gélatine, même prises “ ab ore.”

Mais alors, le bouillon d'os, qui est une véritable solution de gélatine, ne serait pas si nuisible ou tout au moins si indifférent que les hygiénistes et surtout les bactériologistes ne cessent de le proclamer depuis quelque vingt ans. C'est la réhabilitation du bon bouillon, comme aliment des malades et surtout des convalescents! Juste retour aux pratiques de nos pères!

(“ Le Concours Médical.”)

Radlographie et diagnostic de tuberculose pulmonaire.

M. le Dr. “ Béclère ” a exposé au dernier Congrès de la tuberculose, la technique la plus pratique pour obtenir de sérieuses données diagnostiques au moyen des rayons X.

Le sujet examiné, pour éviter la fatigue et conserver la liberté des mouvements respiratoires, particulièrement la liberté des mouvements du diaphragme, doit être couché sur le dos ou, de préférence, assis sur un siège élevé, de hauteur réglable, comme les tabourets de piano, et ayant la forme d'une selle de bicyclette, de manière à permettre l'extension presque complète des cuisses sur le bassin.

L'observateur, pour être en possession d'une très grande sensibilité rétinienne à la lumière, doit demeurer pendant quelque minutes dans l'obscurité avant de commencer l'examen radioscopique. Des mensurations précises ont appris qu'après 10 minutes de séjour dans l'obscurité, la sensibilité de la rétine à la lumière de l'écran fluorescent est devenue 50 à 100 fois plus grande qu'elle n'était primitivement; elle

devient environ 200 fois plus grande après 20 minutes d'obscurité et, passé ce temps, elle grandit encore.

Il est préférable que le générateur d'énergie électrique chargé d'alimenter l'ampoule de Crookes ait une certaine puissance ; cependant il n'est pas nécessaire que cette puissance soit très grande. En effet, peu importe une différence du simple au double dans la longueur de l'étincelle que peut fournir une machine statique ou une bobine d'induction, quand c'est au centuple et 2 fois au centuple que le séjour dans l'obscurité fait grandir la sensibilité lumineuse de l'observateur. M. Béclère emploie journellement une petite machine statique de Wimshurst à 4 plateaux, simplement mise en mouvement à la main, avec une manivelle, et assez peu volumineuse pour être très facilement transportable ; elle suffit pour donner, sur l'écran fluorescent, à des yeux convenablement préparés par quelques minutes de séjour dans l'obscurité, une excellente image des organes thoraciques.

En revanche il est indispensable que le pouvoir de pénétration des rayons de Roentgen, variable avec la résistance électrique de l'ampoule de Crookes, soit, toutes choses égales, exactement adapté à la sensibilité lumineuse de l'observateur. Au cours d'un examen radioscopique prolongé, la résistance électrique de l'ampoule doit diminuer à mesure que la sensibilité lumineuse de l'observateur devient plus grande. Mesuré par la longueur de l'étincelle équivalente, au moyen du spintermètre, elle peut descendre de 9 centimètres environ à 3 centimètres et au-dessous.

Pour cette raison, les ampoules munies d'un régulateur de vide qui permet de faire varier à volonté, avec leur degré de vide, leur résistance électrique et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elles donnent, sont de beaucoup préférables aux autres. Rien ne vaut, à ce point de vue, les ampoules munies de l'osmo-régulateur imaginé par M. Villard.

Il n'est pas moins indispensable que l'ampoule, très facilement mobile, puisse être, au cours de l'examen radioscopique, placée par l'observateur en regard de tel ou tel point du thorax examiné. Cette condition est réalisée par le châssis porte-ampoule.

Mais il est utile surtout de pouvoir resserrer à volonté le faisceau divergent des rayons de Roentgen qui traversent le thorax, de manière à restreindre la surface illuminée de l'écran ; c'est le moyen d'augmenter beaucoup, sur l'image radioscopique de la région plus particulièrement examinée, la précision des contours et la netteté des détails.

Dans ce but, on se sert d'un diaphragme de plomb, à ouverture variable, qui est une simplification du diaphragme-iris des microscopes. Ce diaphragme-iris, fixé au-devant de l'ampoule et mobile avec elle,

est complété par un petit instrument, l'indicateur d'incidence, qui montre à chaque instant, au cours de l'examen radioscopique, quelles que soient la position de l'ampoule et l'attitude du malade, le point de l'écran perpendiculairement frappé par les rayons de Roentgen : c'est au voisinage immédiat de ce point, dit point d'incidence normale, que l'image radioscopique se rapproche le plus par la forme et les dimensions, de celles de l'organe correspondant.

C'est ainsi que, dans l'examen radioscopique d'un malade atteint ou soupçonné de tuberculose, on commence par prendre une vue d'ensemble des organes thoraciques en élargissant au maximum l'ouverture du diaphragme-iris, puis on déplace l'ampoule de manière à ce que le rayon d'incidence normale traverse le sommet de la poitrine et on rétrécit l'ouverture du diaphragme-iris jusqu'à ce qu'on n'aperçoive plus sur l'écran que l'image des régions sus-claviculaires des deux poumons. Enfin, on fait varier la résistance électrique de l'ampoule et par suite le pouvoir de pénétration des rayons qu'elle donne de manière à obtenir le plus grand contraste possible entre les parties claires et les parties sombres de l'image radioscopique.

Telles sont les conditions qui rendent plus précise et plus sûre la radioscopie appliquée au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, à ses débuts.

(“ Le Concours Médical.”)

Des lotions alcoolisées froides dans le traitement de la fièvre des tuberculeux.

d'après M. le Dr Pierre SEYTRÉ

La fièvre des tuberculeux relève de causes très différentes suivant les sujets, l'intensité de l'infection bacillaire, les associations microbiennes en présence. Elle constitue, tant qu'elle persiste, une menace pour les malades, car elle est la preuve de lésions en activité. Elle est aussi pour le médecin la source de graves préoccupations, tous les antithermiques demeurant sans action durable. Si l'antipyrine, administrée suivant les préceptes de Daremberg, semble prévenir l'accès ou le modère, en fait elle le recule plutôt qu'elle ne le supprime : cessez le remède et vous voyez réapparaître immédiatement les hautes températures. De plus, si l'antipyrine ou tout autre médicament antithermique tel que la phénacétine, le camphorate de pyramidon récemment préconisé par l'Ecole lyonnaise, modifient une courbe à grandes oscillations, ils n'apportent que des changements sans importance à une courbe évoluant entre les extrêmes 37°, 2, 38°, 5 à 39°. Donc, comme nous l'avons souvent exprimé dans ces articles de thérapeu-

tique pratique, la solution du problème que soulève le traitement de la fièvre chez les tuberculeux, ne doit pas être cherchée dans l'administration de tel ou tel médicament, mais seulement dans l'amélioration du terrain par la cure d'air et la suralimentation, lorsqu'elle est possible. La thérapeutique hygiénique reste encore ici le moyen le plus efficace de combattre les poussées thermiques et de modifier la marche aiguë ou subaiguë de la maladie. Le récent mémoire du Dr. Pierre Seytre, sur ce sujet, apporte une confirmation nouvelle à ces idées sur lesquelles notre conviction est faite depuis longtemps.

aux tuberculeux fébricitants, il en est un sur lequel on ne paraît pas avoir suffisamment insisté et qui, employé dans les limites fort judicieusement fixées par M. P. Seytre, peut rendre les plus grands services dans la pratique, nous voulons parler des lotions alcoolisées froides. Pour notre part, nous y avons eu recours toutes les fois qu'il nous a été possible de les faire accepter par les familles et nos malades s'en sont toujours fort bien trouvés.

Leur premier avantage est de donner un abaissement de température presque instantané.

M. Seytre les fait pratiquer dans un tub avec une grande éponge imbibée d'une solution d'eau de Cologne dans de l'eau à la température ambiante de l'appartement, quand cette température n'est pas inférieure à 15 ou 16°. On formule 20 grammes d'eau de Cologne pour 80 grammes d'eau simple. L'éponge doit être suffisamment imbibée pour que son passage sur le corps du malade y laisse de petites gouttelettes de liquide sans cependant que celui-ci ruisselle sur la peau. La lotion commence par les épaules et l'éponge est promenée de haut en bas jusqu'aux pieds ou seulement sur toute la hauteur du tronc jusqu'à la ceinture. Tout de suite après, le malade est très légèrement essuyé avec un linge de fil "appliqué" et non "frotté" sur le corps et rapidement enlevé ; puis il se remet au lit.

Ce procédé amène généralement dans les 15 minutes qui suivent la lotion un abaissement de température dont la moyenne est 5 dixièmes de degré environ. Il rend de nombreux services en permettant dans bien des cas de ne pas interrompre la cure de suralimentation. Le Dr. Seytre estime, en effet, que les malades ne doivent pas manger en plein accès de fièvre ; souvent d'ailleurs, "ils ne le peuvent pas." Il leur interdit de prendre de la nourriture quand leur température dépasse 38°.5. Ils doivent consulter leur thermomètre une demi-heure avant le repas. Si leur température s'élève de quelques dixièmes au-dessus de 38°.5, il leur fait administrer une lotion froide alcoolisée, après laquelle, au moment du repas, le thermomètre est généralement descendu au-des-

sous de 38°.5 et le malade peut manger.

Ce procédé rend donc des services très appréciables en permettant de ne pas condamner à la diète un malade dont le traitement a pour base la suralimentation.

Il faut remarquer que l'abaissement est d'autant plus marqué, que la température avant la lotion était plus élevée.

Dans une observation citée par le Dr. Seytre, il était de 8 dixièmes de degré, de 39°.5 à 38°.7, tandis qu'il n'était que de 3 dixièmes de 38°.6 à 38°.3.

Comme nous, le Dr. Seytre ne connaît pas d'inconvénient aux lotions froides, et ne leur sait pas de contre-indications. Elles sont toniques en même temps qu'antithermiques, et le malade les accepte généralement bien. Mais leur action est faible et courte : faible, car elles n'abaissent jamais, ou presque jamais la température de plus de 5 à 6 dixièmes quand elles produisent leur maximum d'effet ; courte, car elle ne se prolonge pas au delà d'une heure ou deux au maximum. Mais si directement elles n'ont pas une action considérable sur la fièvre, elles n'en ont pas moins une importance dans le traitement de la tuberculose, puisqu'elles ont un retentissement favorable sur l'alimentation qu'elles permettent dans bien des cas où elle serait interdite sans leur intervention.

En résumé, les lotions froides alcoolisées sont utiles quand on recherche un abaissement de température peu considérable, de 3 ou 6 dixièmes de degré, mais rapide (de 15 à 20 minutes après la lotion). Comme telles, elles sont le traitement de choix que l'on peut conseiller à ces malades à températures moyennes dont le thermomètre oscille constamment aux alentours de 38°.5.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

La suture des parois uretrales sans suture des parties molles et de la peau.

Lorsqu'on pratique l'urétrorotomie externe, il est classique de terminer l'opération soit en laissant le périnée ouvert, y compris l'urètre, et pansant à plat, soit en saturant le canal et toutes les parties molles par étages. La suture totale est le procédé de choix quand les urines sont aseptiques, mais, lorsque les urines sont profondément infectées, lorsque le périnée est criblé de fistules suppurantes, il faut laisser l'urètre et le périnée largement ouverts et panser à plat ;

la cicatrisation se fait par bourgeonnement. Entre ces deux séries de cas bien tranchés, il existe un grand nombre de cas intermédiaires, souvent très embarrassants, dans lesquels les urines, sans être profondément septiques, sont notablement infectées, et où le périnée, sans être réduit à l'état de clapier purulent, est évidemment peu propre à la réunion par première intention. Que faire dans ces cas? laisser l'urètre et le périnée béants et attendre deux, trois mois et même davantage que la brèche se referme par bourgeonnement? tenter la suture totale pour faire bénéficier le malade des chances d'une réunion primitive? C'est pour ces cas difficiles que M. Zadok propose une technique mixte, associant la suture primitive de l'urètre à un large drainage du périnée. La suture du plan urétral seul réduit au minimum les chances de rétention septique, tout en ayant le grand avantage de reconstituer d'emblée la continuité du canal. Au lieu de reconstituer plan par plan toute la brèche périnéale, l'auteur se borne à exécuter un plan de sutures urétrales en plaçant des fils qui affrontent les lèvres de la plaie sans traverser la muqueuse: si la paroi urétrale fait défaut, il reconstitue le canal à l'aide des parties molles juxta-urétrales, suivant la pratique de M. Noguès. Rarement M. Zadok ajoute quelques points de suture des parties molles formant second plan par-dessus le plan urétral; le plus souvent, il place un à deux points de suture sur les parties molles et sur la peau, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'incision, se préoccupant surtout de laisser largement ouverte et drainée la plaie périnéale. En voulant fermer davantage, on s'expose à voir survenir des accidents de rétention septique et à perdre le bénéfice de la suture de l'urètre lui-même dont la réunion échoue. La suture de l'urètre seul présente les avantages suivants: non seulement une réunion assez rapide du périnée par seconde intention, mais en outre l'étanchéité constante et rapide des parois urétrales. De plus, l'urètre est reconstitué avec des tissus de choix et non avec du tissu de cicatrice. La sonde à demeure sera enlevée du cinquième au huitième jour; elle ne sera laissée plus longtemps que s'il y a infection vésicale grave; aussitôt la sonde supprimée, il est nécessaire de commencer au plus tôt la dilatation par le Béniqué, manœuvre qui permet de façonner la cicatrice en formation, de bien modeler l'urètre au niveau de la suture. La dilatation sera entreprise le lendemain même du jour où on aura enlevé la sonde à demeure. Répétée tous les deux jours, chaque séance sera précédée et suivie d'un grand lavage antiseptique du canal; on devra arriver rapidement à utiliser jusqu'aux Nos. 59 ou 60 Béniqué.

Ce procédé est indiqué, d'une manière générale,

dans les cas où l'urine ou les tissus sont infectés. Elle donne surtout d'excellents résultats dans les cas où la réunion totale semble impossible à tenter, parce qu'un échec paraît alors inévitable. Grâce à elle, le malade ne court aucun danger de rétention septique, et une fois le canal restauré, le périnée bourgeonnera et se comblera en moins de trois semaines.

(Gaz. des hop.)

Traitement des fractures par le massage

L'application du massage au traitement des fractures n'est point chose nouvelle; depuis longtemps, il fait le triomphe des rebouteurs et il est devenu d'une pratique assez courante depuis un certain nombre d'années, surtout à la suite des enseignements magistraux de M. le Dr. Championnière.

M. le Dr. Roux, de Riom, décrit dans la "Revue de Cinésie," les détails de sa pratique personnelle:

Après avoir reconnu le siège de la fracture, nettoyé le membre, aseptisé la plaie, si elle existe, et opéré la réduction, je place le membre dans une gouttière en fil de fer large et peu profonde, dont l'intérieur est garni d'ouate recouverte de compresses imbibées d'eau blanche. Cete gouttière, où le membre ne subit aucune compression, a simplement pour but de s'opposer aux grands mouvements.

Ces précautions une fois prises, je procède immédiatement à une première séance de massage de bas en haut, avec la pulpe du doigt d'abord, puis avec la main entière, en entourant le membre et en évitant le trait de fracture—la douleur éprouvée par le malade me sert de régulateur.

En principe, le massage doit être fait assez légèrement pour ne point provoquer de douleur.

Après avoir massé le membre, je le recouvre de compresses imbibées d'eau blanche, et le tout d'ouate: si le malade paraît susceptible de trop d'agitation, je place la gouttière sur un oreiller et j'attache le tout avec une bande peu serrée.

Ces séances de massage sont renouvelées deux fois par jour pendant un quart d'heure environ: dès que la consolidation commence à s'opérer, c'est-à-dire du 8 au 15e jour suivant les cas, je masse les articulations voisines du siège de la fracture et commence à leur imprimer des mouvements étendus. Ce traitement est excellent pour les fractures épiphysaires, ou situées au voisinage des articulations. Le procédé du massage a certainement l'avantage de hâter considérablement la guérison, de faire disparaître rapidement le gonflement et la douleur et surtout, d'éviter les ankyloses des muscles et des articulations au voisinage des fractures, ankyloses si souvent longues à disparaître après l'immobilisation dans un appareil

plâtré. Par contre, ce procédé paraît moins bon dans les fractures du corps des os, expose à des pseudarthroses et à des cals fibreux, et donne presque toujours un cal volumineux, quelquefois même difforme. De plus, il a le grave inconvénient, dans la clientèle, de ne pouvoir être employé que chez les malades logés à proximité du médecin et auxquels ce dernier peut consacrer chaque jour un temps assez considérable.

En résumé, sans l'appliquer d'une façon systématique dans tous les cas de fractures, on peut le considérer comme un procédé de choix toutes les fois que son emploi est possible.

(“ Le Concours Médical.”)

GYNECOLOGIE

Le curetage digital et l'infection puerpérale

Voici comment M. Budin expose le traitement préventif de l'infection puerpérale chez les femmes dont l'utérus est suspect de retenir des débris de cotylédons ou de membranes.

Comment fait-on le curetage digital? Il faut, après avoir pris les précautions antiseptiques usuelles et vidé les réservoirs, procéder à l'anesthésie et on met la patiente dans la position obstétricale. Une étoffe imperméable recouvre le lit; elle conduit dans un grand récipient les liquides ayant servi à faire des injections.

“ Une main ayant été introduite dans la cavité vaginale, un ou deux doigts pénètrent dans l'utérus; l'autre main, place sur l'abdomen, refoule de haut en bas la matrice. De cette façon, les parois de cet organe peuvent être facilement explorées. On détache les cotylédons, s'il en est resté, on enlève les débris de la caduque épaisse lorsqu'il y a eu, par exemple, un fœtus macéré. Le plus habituellement on trouve, au niveau de la surface d'insertion du placenta, des épaissements anormaux, parfois si considérables qu'on peut les prendre pour des portions de cotylédons adhérentes; il existe là une hypertrophie des tissus qui se détachent sous la pression du doigt et forment alors comme de véritables stalactites descendant dans l'intérieur de l'organe. La main appliquée sur l'abdomen, et qui maintient l'utérus solidement fixé, permet d'exercer des pressions répétées à l'aide desquelles on finit par détacher tous les tissus malades. On y parvient soit avec l'extrémité de l'index et du médius, soit avec leur bord radial. On répète cette manoeuvre autant qu'il est nécessaire jusqu'à ce que toutes les parties flottantes aient été détachées.

“ La main qui est sur l'abdomen, en même temps

qu'elle fait contre-pression, permet exactement de se rendre compte de ce qui se produit au niveau de la paroi utérine. Etant donné la sensibilité des doigts, on opère toujours de la sorte avec sécurité, sans risquer de produire aucune perforation de l'organe.

“ Lorsqu'on croit avoir séparé tous les tissus altérés, les doigts les entraînent à l'extérieur, puis on fait une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 p. 4000. Une exploration permet de constater que le nettoyage a été parfait; sinon on procède à un nouveau curetage digital.

“ Ce nettoyage doit être complété par l'écouvillonnage.”

M. Budin fait usage de gros écouvillons en côtes de plumes qui sont très résistants. Les observations originales de notre habile confrère parisien prouvent que le nettoyage de la cavité de l'utérus peut être absolument complet.

M. Budin résume ainsi les indications fournies par sa pratique:

“ Si on constate la présence de caillots plus ou moins altérés, plus ou moins odorants, et si on sent que partout la muqueuse utérine est lisse, sauf, bien entendu, au niveau de l'insertion placentaire où cependant les tissus sont fermes et résistants, il peut suffire d'enlever ces caillots et de faire des injections intra-utérines antiseptiques pour voir la température s'abaisser et la guérison complète survenir.

“ Dans d'autres cas, le doigt qui a pénétré facilement dans l'intérieur de la matrice y constate la présence de débris de cotylédons ou de membranes, ou bien il trouve que la muqueuse utérine présente, au niveau de la surface d'insertion du placenta, des saillies plus ou moins accentuées, parfois friables et se laissant séparer de la paroi sous la pression de l'index. On peut être généralement assuré, dans ces cas, que la muqueuse utérine est infectée, et on doit recourir au curetage digital suivi d'écouvillonnage. On voit alors consécutivement à cette intervention, la température s'abaisser, le pouls devenir moins fréquent et la malade guérir.

“ Une des conditions du succès est l'intervention rapide; il faut agir vite dès que les signes d'infection existent, surtout quand il s'est produit des hémorrhagies abondantes au moment de l'accouchement ou de la délivrance; dans ces conditions, en effet, les malades offrent moins de résistance à l'infection. Si on attend trop, la guérison est plus lente. Les résultats obtenus sont logiques et rationnels.

“ En faut-il conclure qu'on sauvera toujours les femmes? Evidemment non. Si l'accouchée est malade depuis un certain nombre de jours lorsqu'on l'examine pour la première fois, si elle est profondément infectée et si toute l'économie est envahie par

les microbes ou les toxines, on pourra ne pas réussir à la sauver." Enfin, si les membranes sont rompues depuis quelques jours, si le liquide amniotique est fétide, il faut à tout prix faire le "nettoyage prophylactique."

"Le curage digital suivi d'écouvillonnage est une opération qui, sans présenter de danger, a l'immense avantage de sauver la vie d'une foule de femmes en danger de mort.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

Thérapeutique et Matière Médicale

L'acide salicylique contre les verrues.

L'acide salicylique a fait depuis longtemps ses preuves dans le traitement des éruptions verruqueuses.

Il est actuellement employé dans le service de M. Gaucher sous forme de pommade au 1 pour 40. On ordonne au malade d'avoir, toutes les nuits, à enduire de cette pommade les téguments où siègent les verrues.

On peut se servir de la formule suivante ('Etoile médicale):

Acide salicylique.	1 gramme
Précipité blanc.	5 —
Vaseline.	40 —

La pommade à l'acide pyrogallique est certainement plus active, mais elle présente deux inconvénients graves; elle tache le linge et elle est toxique; il s'en suit que, surtout chez les enfants, il faut d'abord recourir aux préparations salicylées, et, en cas d'insuccès seulement, prescrire l'acide pyrogallique au 1 pour 10 ou au 1 pour 20 suivant les cas.

("Le Concours Médical.")

Traitement Médical de l'ulcère hémorragique de l'estomac

Le traitement de l'ulcère de l'estomac est encore le sujet de nombreuses discussions. Le traitement de l'ulcère hémorragique est-il du ressort de la médecine? S'adresse-t-il à la chirurgie? Telles sont les questions qui se posent. Il nous paraît intéressant d'essayer d'y répondre en exposant ici un traitement médical qui s'adresse à toutes les hématomésés se produisant au cours de l'ulcère de l'estomac, quelles que soient leur gravité; exception faite seulement des hémorragies foudroyantes dont la source est la rupture d'une grosse artère. Le plus souvent elles tuent le malade si rapidement que l'intervention chi-

urgicale seule aurait une raison d'être, si toutefois le temps nécessaire à l'opération ne manquait pas au chirurgien.

Lorsqu'un malade est pris d'hématémèse, il faut lui conseiller immédiatement le repos au lit dans le décubitus dorsal et lui faire garder une immobilité complète. Chaque mouvement qu'il fera pourra augmenter l'hémorragie.

Ausitôt le malade couché, on lui appliquera sur la région épigastrique une vessie de glace. Elle agira comme hémostatique, elle calmera ces douleurs intenses paroxystiques qui se font sentir si péniblement. Toutefois, il est bon de ne pas appliquer cette vessie de glace au hasard. On devra la poser très soigneusement sur la région stomacale en l'étalant un peu à sa base et on la maintiendra bien en place par un bandage de corps en flanelle ou en toile; il sera assez large pour que le malade ne soit pas étreint.

La diète, en évitant la présence de tout aliment quel qu'il soit dans l'organe malade, supprimera toute contraction musculaire et permettra la formation du caillot, elle évitera en même temps tout travail de digestion, ce qui contribuera à diminuer les troubles de sécrétion. On ne donnera donc rien au malade par la voie bucale, on n'oubliera pas que la seule absorption d'un peu de lait glacé pourrait rappeler la gastrorrhagie.

Mais il faut nourrir les malades que l'on soumet à la diète: on aura recours aux lavements nutritifs. On donne au préalable un grand lavement d'un litre d'eau bouillie, qui vide le rectum et lui permet de recevoir le lavement alimentaire et de le garder. On donnera après, un lavement composé avec:

- 25 grammes de bouillon bien dégraissé;
- 25 grammes de vin;
- 2 cuillerées à soupe de peptone.

Toutes substances qui seront bien absorbées puisque, privé de toute sa graisse, le bouillon peut être considéré comme un peptogène contenant des chlorures et des sulfates solubles facilement dialysables. Le petit volume de ce lavement permettra à l'intestin déjà préparé de le garder sans difficulté.

On donnera chaque jour quatre lavements semblables, on pourra ainsi faire absorber sans fatigue une quantité assez grande de substances nutritives. On a reproché aux lavements nutritifs d'irriter la muqueuse intestinale, certains disent que les lavements répétés provoquent quelquefois de la rectite. Nous avons pu donner les lavements nutritifs pendant vingt-cinq et trente jours sans avoir à constater jamais de l'intolérance ou de la rectite.

Contre la soif du malade on fera prendre matin

et soir un lavement de cent centimètres cubes d'eau bouillie froide. Si néanmoins le malade est très altéré, on lui fera absorber dans le courant de la journée trois ou quatre cuillerées à café d'eau glacée, ou bien on lui fera sucer quelques pilules de glace très petites. Au reste, les injections de sérum artificiel, qui font partie de notre traitement auront entre autres effets celui de calmer la soif. Les injections sont un excellent moyen de lutter contre l'anémie aiguë, la faiblesse de la tension sanguine, le ralentissement de la circulation, la dépression du système nerveux. En outre, ces injections régulièrement faites pendant toute la durée du traitement, aideront à la nutrition du malade. Aussi, dès l'apparition de l'hématémèse, on injectera chaque jour régulièrement une quantité de solution saline variant entre 1,000 et 1,500 centimètres cubes. On fera ces injections en deux fois: une le matin, une le soir. On pourra employer cette formule:

Eau filtrée bouillie, 1 litre.
Chlorure de sodium, 5 grammes.
Sulfate de soude, 10 grammes.

On pourra se servir de la seringue de Roux, après l'avoir préalablement stérilisée. L'aiguille, après asepsie faite de la région abdominale, sera piquée une unique fois dans le tissu cellulaire sous-cutané; on n'aura plus ensuite qu'à ajuster la seringue sur son aiguille autant de fois qu'il sera nécessaire pour introduire la quantité de solution voulue.

On continuera les injections pendant toute la durée du traitement. Dès les premières injections, au bout de quelques jours, le pouls se relève, la circulation s'active, l'anémie diminue, la langue qui était sèche devient humide, la soif est moins vive; le malade se sent renaître. Pour parer à un accident suraigu, lorsqu'une hématémèse considérable est survenue, lorsque le malade est exsangue, qu'il a les extrémités froides, que le pouls est à peine perceptible, lorsque, enfin, on se trouve devant un état de collapsus, qu'il y a danger immédiat de mort, il ne faut plus alors se contenter des injections hypodermiques. Il faut avoir recours momentanément aux injections intra-veineuses. On injectera de cette façon 1,000 à 1,500 centimètres cubes de solution saline. Ces injections agissent avec une rapidité remarquable, elles opèrent de véritables résurrections. On devra seulement redoubler les précautions anti-septiques. On pourra en même temps s'aider d'injections d'éther, de caféine, si toutefois il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de ces médicaments.

On établira le traitement de façon à ce que les lavements nutritifs soient régulièrement espacés, que la glace abdominale puisse être fréquemment renou-

velée pour produire un abaissement constant de la température locale. Les injections de sérum seront faites à une assez grande distance des lavements nutritifs pour ne pas fatiguer le malade de toutes ces manoeuvres thérapeutiques. On surveillera attentivement le coeur, le pouls, pour contrôler l'effet du sérum. On saura ainsi si la dose qu'on injecte doit être maintenue, augmentée ou diminuée. Le traitement sera suivi pendant trente jours. Au bout de ce temps on reprendra l'alimentation buccale en donnant d'abord une ou deux tasses à café de lait dans les vingt-quatre heures, tout en continuant les lavements nutritifs. Après trois ou quatre jours d'épreuve on supprimera les lavements, on augmentera la dose quotidienne de lait qui sera de - litre, puis de 2 litres. On pourra ensuite adjoindre au régime lacté les purées de pommes de terre ou d'autres féculents, les potages à la semoule, enfin on reviendra peu à peu à l'alimentation normale en laissant toutefois le malade à un régime sévère qui exclura de son alimentation toute substance irritante ou difficilement digestible.

PÉDIATRIE

La diète hydrique

par M. le Dr L. BABONNELX

Préconisée depuis longtemps par Luton dans le traitement du choléra infantile, la diète hydrique est aujourd'hui couramment employée dans la plupart des gastro-entérites: elle consiste dans la suppression de tout aliment et dans l'administration exclusive d'eau pendant tout le temps que persistent les phénomènes aigus.

"Quel liquide" employer pour la diète hydrique? On a recommandé successivement l'eau bouillie pure, sucrée ou alcoolisée, l'eau albumineuse, les eaux naturelles alcalines. De toutes, celles qui donnent de beaucoup les meilleurs résultats, est l'eau absolument pure, préparée et administrée de la façon que nous allons indiquer dans un instant; mais il est sans inconvénient de l'additionner d'un peu de sucre ou d'une infusion de thé léger. Dans beaucoup de cas, l'eau bouillie alcoolisée avec du champagne (une cuillerée à bouche par biberon) ou d'un peu de cognac ou de rhum, rend les plus grands services, et MM. d'Espine et Picot recommandent formellement cette préparation, à laquelle M. Marfan reproche d'irriter un intestin déjà fort enflammé. Quant à l'eau albumineuse, sa valeur est très discutée. Si, d'une part, elle semble diminuer réellement les troubles intestinaux

en "collant" pour ainsi dire les parois du tube digestif, elle subit trop facilement, d'autre part, la fermentation et il est difficile de la conserver longtemps intacte. Elle ne doit être employée qu'en solution fraîche et fréquemment renouvelée. Beaucoup d'auteurs accordent la préférence aux eaux minérales alcalines, de Vals, de Vichy, de Soultzmat.

L'eau bouillie pure semble préférable, pour M. Marfan, à toutes les autres préparations. Il est sans inconvénient, et cette petite modification est très bien acceptée des familles, de l'additionner d'un peu de thé léger ou d'alcool; l'eau albumineuse ne doit jamais être employée que fraîche; les eaux minérales naturelles seront utilisées dans les cas d'extrême urgence.

"Comment préparer et administrer l'eau bouillie?" La solution de cette question est particulièrement importante, parce que d'elle dépend le succès de la médication. A cet égard, il convient de suivre pas à pas les conseils qu'à si souvent donnés M. Marfan. On prend une grande casserole de 2 à 3 litres bien étamée et bien propre; on y fait bouillir, pendant un quart d'heure environ, une grande quantité—2 à 3 litres—d'eau pure. Puis on retire la casserole du feu, on la recouvre et on laisse refroidir dans le vase même où elle a bouilli, pour éviter tout transvasement inutile, et par suite toute contamination. Lorsque le liquide est amené à la température de la chambre, il peut être administré à l'enfant. Sa température doit être de 15-18 degrés environ, et nous ne saurions approuver la pratique des auteurs qui recommandent de donner l'eau froide ou même glacée: cette pratique, dans les cas où les phénomènes de collapsus sont accentués, peut en effet faire courir à l'enfant les plus grands dangers.

L'eau bouillie sera administrée régulièrement à la dose de 30, 40, 50 grammes toutes les demi-heures ou de 60, 80, 100 grammes toutes les heures. Il est d'ailleurs sans inconvénient d'en donner à l'enfant toutes les fois qu'il a soif. "Enfin, dit M. Mir, et c'est sur ce conseil qu'il faut toujours avoir soin de terminer, il faut bien recommander aux parents de ne rien donner d'autre pendant toute la durée de la diète. Beaucoup de parents écoutent attentivement les explications qu'on leur donne, et, lorsqu'on a fini, vous disent tranquillement: "Et quelle nourriture donner à mon enfant pendant toute cette période?" ou encore: "Ne pourrais-je pas, pour éviter la déperdition rapide des forces, donner à mon enfant un peu de bouillon, de lait, etc.?" D'autres reviennent le lendemain avec un enfant plus malade et expliquent avec candeur que la diète hydrique n'a rien fait, bien qu'ils aient donné en même temps du lait, des panades, etc. Aux uns comme aux autres, il faut faire bien comprendre que la diète hydrique, pour être utile, doit

être absolue, et que l'enfant ne mourra pas de la suppression des aliments pendant toute la durée de la phase aiguë."

La "quantité" d'eau bouillie à donner en vingt-quatre heures varie avec l'âge de l'enfant: elle sera toujours facile à apprécier si l'on tient compte de cette remarque de M. Marfan que la quantité d'eau à faire absorber doit être exactement proportionnelle à la quantité de lait qui devrait être prise. "Il faut, dit M. Marfan, remplacer autant que possible la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité d'eau au moins équivalente." On donnera donc par jour 100 grammes environ à un bébé de deux mois, 600 à 800 grammes à un bébé de six mois, 1 litre à un bébé de neuf mois, etc.

"Quelle doit être la durée de la diète?" Vingt-quatre ou trente-six heures au plus. Certains auteurs ne craignent pas de la prolonger trois ou quatre jours et même quelquefois plus. C'est là une erreur dont les conséquences peuvent être des plus graves pour le bébé. D'habitude, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures d'une diète hydrique bien comprise, les phénomènes aigus s'amendent, les vomissements et la diarrhée disparaissent ou diminuent, l'état général se remonte. Que si ces troubles persistent, il faut essayer d'autres médications, telles que les lavages de l'estomac ou de l'intestin. Au surplus, à ce moment, il est prudent de ne pas redonner immédiatement à l'enfant la quantité de lait qu'il prenait au début des accidents, mais de diminuer sensiblement cette quantité, de la couper d'un tiers et même de moitié d'eau bouillie; ou encore, pendant quelques heures, de donner alternativement un biberon d'eau bouillie et un biberon de lait coupé. Ces précautions prolongeront en quelque sorte la diète hydrique et assureront les meilleurs résultats.

Les "effets" de la diète hydrique sont ainsi exposés par M. Marfan: Tout d'abord, la diète hydrique fait disparaître les fermentations et putréfactions intestinales en supprimant tout aliment aux microbes du tube digestif. De plus, elle laisse reposer l'estomac et l'intestin: en somme, elle substitue au lait un liquide aseptique et difficilement fermentescible, elle nettoie mécaniquement la muqueuse digestive et facilite le retour des fonctions absorbantes de cette dernière: mais, en même temps, et par le fait même, une certaine quantité de liquide passe dans la circulation générale et tend à relever, dans une certaine mesure, la tension artérielle et à augmenter la force des contractions cardiaques. "Donc, action locale tout à la fois d'asepsie et d'antisepsie, action générale toni-cardiaque et toni-vasculaire."

Les "indications" de la diète hydrique sont des plus faciles à résumer. Cette médication s'impose

dans toutes les formes de gastro-entérites aiguës et dans les épisodes aigus des gastro-entérites chroniques. Elle est nettement indiquée dans le choléra infantile où, avec les injections de sérum et la balnéation, elle constitue la médication par excellence de l'affection; elle diminue l'intensité des phénomènes généraux et locaux dans les formes aiguës pyrétiqes; elle réussit enfin lorsque, au cours d'une gastro-entérite chronique, survient une poussée aiguë caractérisée par l'augmentation du nombre des vomissements et les modifications des selles, qui deviennent plus fétides, plus liquides, plus fréquentes que d'habitude. En somme, la diète hydrique est indiquée dans tous les cas d'inflammation aiguë du tube digestif chez le nourrisson: elle donne les meilleurs résultats à condition d'être appliquée rigoureusement pendant tout le temps convenable.

(Gaz. des hôp.)

DERMATOLOGIE

Le traitement du prurit avec lichenification par la cure d'exfoliation

M. Leredde (de Paris) a eu l'idée d'employer, dans un cas rebelle de lichen simplex du cou, le traitement que les auteurs allemands emploient dans la cure de l'acné, c'est-à-dire l'exfoliation.

Cette méthode thérapeutique consiste à appliquer sur la peau malade, pendant un temps limité, qui varie de quelques minutes à quelques heures, des pommades ou des pâtes contenant une dose élevée d'agents chimiques, ayant sur la peau une action énergique, kératolytiques et réducteurs tels que la résorcine, l'acide salicylique, le naphthol, le savon mou de potasse. On produit ainsi une inflammation aiguë, violente, mais passagère de la peau qui persiste pendant peu de jours; elle aboutit à une desquamation intense, à une véritable exfoliation, à l'élimination plus active des produits glandulaires, des sécrétions cutanées et définitivement à la décongestion cutanées consécutive du derme.

La malade dont M. Leredde nous rapporte le cas avait été traitée longtemps et sans succès par les topiques, en particulier à Berlin par le professeur Lassar. L'électricité employée par M. Leredde, pendant environ cinquante séances répétées quotidiennement, n'ayant donné que des résultats incomplets, il y renonça et tenta la cure d'exfoliation décrite plus haut.

Tous les huit jours, M. Leredde appliqua sur toute l'étendue de la plaque de lichen simplex, pendant quinze, puis vingt minutes, une couche épaisse

de pâte résorcinée de Uma, pâte dont voici la formule:

Axonge benzoinée. ✓.	14	grammes.
Oxyde de zinc.	5	—
Terre fossile.	1	—
Résorcine.	20	—

Dans l'intervalle des applications, la région malade était couverte d'une pâte de zinc:

Oxyde de zinc.	} à 5 grammes.
Amidon.	
Vaseline.	
Lanoline.	

L'effet fut rapide et remarquable d'efficacité. Chaque application amenait une exfoliation abondante. Au bout d'un mois, la guérison pouvait être considérée comme complète.

Deux autres cas observés permettent à M. Leredde de conclure que l'exfoliation semble devoir être préférée aux courants de haute fréquence, comme traitement de début tout au moins, à cause de sa facilité. On pourrait d'ailleurs combiner les deux méthodes, en faisant intervenir l'électricité après l'exfoliation lorsque les conditions physiques de la peau se seraient modifiées. ("Bull. gén. de thérap.")

BIBLIOGRAPHIE

"Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris," par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

"Ces Conférences de médecine clinique" comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Parmi les questions d'Anatomie, nous citerons les "muscles intrinsèques du larynx," la "tranchée," les "vaisseaux sanguins du poumon," la "configuration" et les "rapports du coeur," les "espaces intercostaux," le "diaphragme," le "nerf facial," les "circonvolutions cérébrales," les "artères du cerveau," les "sinus de la dure-mère," le "quatrième ventricule," etc.

Comme sujets de Pathologie Interne, nous signalerons le "croup," la "tuberculose pulmonaire," la "gangrène pulmonaire," "l'adénopathie trachéo-bronchique," la "grippe," "l'érysipèle de la face," "l'hémorragie cérébrale," la "méningite tubercu-

leuse," "l'hémiplégie," le "tabes," etc.

La Pathologie Chirurgicale est représentée par les questions: "Cancer du larynx," "corps étrangers des voies aériennes," "cancer du sein," "plaies pénétrantes de la plèvre et du poumon," "fractures du rocher," "conjonctivites," "mal de Pott," fractures du rachis."

Voici le sommaire des trente fascicules des "Conférences pour l'Internat:" I, Larynx. et Trachée.—II, Poumons et Plèvre.—III, Coeur.—IV et V, Thorax.—VI, Crâne et Face.—VII, Oeil et Oreille. — VIII. — Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis.—XI, Cou et Corps thyroïde.—XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales.—XIII—OEsophage et estomac.—XIV, Intestin.—XV, Rectum et Périnée.—XVI, Foie et Voies biliaires.—XVII et XVIII, Abdomen.—XIX et XX, Reins, Urètres, Vessie.—XXI, Organes génitaux de la femme.—XXII, Organes génitaux de l'homme.—XXIII, Accouchements—XXIV et XXV, Membre supérieur—XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur.—XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

NOUVELLES.

NAISSANCE :—

A St-Ephrem d'Upton, le 3 février, l'épouse du Dr J. C. S. Gauthier, a donné naissance à une fille. L'enfant qui porte les noms de Marie-Louise-Isabelle a été tenue sur les fonds baptismaux par M. le notaire Horace St Germain, de St-Simon, et Mlle Isabella Gauthier.

PRIX SAMUEL D. GROSS.

L'Académie de Chirurgie, de Philadelphie, dont les membres sont administrateurs du prix dit "Samuel D. Gross," décernant \$1,000, soit 5,000 francs, pour les meilleures recherches en chirurgie, a accordé le dit prix au Docteur Robert H. M. Dawbarn, professeur de chirurgie au Collège Polytechnique de la ville de New York.

La thèse qui a obtenue cet honneur a pour titre

"Traitement de Certaines Excroissances Malignes par l'Excision des Deux Carotides Externes."

L'auteur, le docteur Dawbarn, a travaillé à ce sujet pendant sept années, selon que l'occasion s'en présentait.

Lorsque cette thèse sera publiée, elle contiendra l'historique, accompagnée, pour chaque cas, des rapports pathologiques confirmant le diagnostic malin, et en en spécifiant la variété, de quarante extirpations des carotides par l'auteur lui-même; et, autant par une douzaine de chirurgiens, dont au moins deux sont membres de l'académie de chirurgie de Philadelphie.

Aux termes du legs du docteur Gross, il faut que la thèse obtenant le prix soit publiée sous forme de livre, dont un exemplaire doit être déposé dans la bibliothèque Samuel D. Gross, à l'Académie de Chirurgie de Philadelphie.

Pour ce qui concerne le prix Samuel D. Gross, nous désirons appeler sur deux points différents l'attention de ceux désirant se servir du moyen indiqué pour le contrôle du sarcome et du carcinome des régions nourries par la carotide externe.

D'abord, il est essentiel d'épargner toute veine, même la plus petite, mais il faut nouer chaque artériole découverte.

Puis, il faut injecter dans la partie terminale de la carotide externe, à son entrée dans la glande parotidienne, trois grammes d'un mélange de paraffine à 50 degrés centigrades, aussi d'un gramme dans l'artère occipitale. On conseille une partie de paraffine blanche et neuf parties de vaseline blanche: ce mélange fond à environ 42 degrés centigrade.

Au moyen de cette injection, le système maxillaire inférieur sera obstrué contre l'anastomose de l'ophthalmique et autres branches de la carotide interne; et l'occipitale sera protégée contre l'invasion des branches cervicales venant du système sous-claviculaire.

De plus copieuses injections pourraient être dangereuses.

Toutes les autres branches de la carotide externe doivent être ligaturées plutôt qu'injectées, et finalement la carotide externe est extirpée.

Supplément Littéraire

LE D GILBERT

par M. le Dr JEHIN-PRUME (Montréal)

I.

Georges Gilbert, après avoir passé avec succès, ses degrés de docteur en médecine, songea à se trouver, comme il le disait, un nid pour passer agréablement sa jeunesse et paisiblement ses vieux jours.

Beaucoup n'attendent pas le dernier moment pour chercher un coin favorable à la clientèle, depuis longtemps ils observent, étudient, et guettent dans l'ombre, semblable à des vautours guettant une proie. Ici n'est pas un mauvais endroit, le pays est riche, les médecins peu nombreux; ou encore; le vieux docteur "un tel" se fait caduc, bientôt il abandonnera sa clientèle et l'occasion est bonne à saisir. D'autres au contraire considèrent ces détails avec dédain, ce n'est pas la province qu'il leur faut, mais Paris. Oui, ce Paris, source de toute réputation, de toute gloire, c'est à Paris qu'ils feront leur trouée dans les rangs déjà serrés de ceux qui veulent arriver aux honneurs. Et, farouches bourreaux du travail, ils attaqueront l'internat, puis l'agregation et essayeront d'arriver à ce but, vers lequel cent bras se tendent et qu'un seul homme atteint.

Georges Gilbert n'était ni des uns ni des autres, pratique avant tout, il n'avait pas crû devoir arrêter son esprit sur le parti à prendre pour l'avenir. Gagnons d'abord notre diplôme et ensuite nous verrons.

L'internat et l'agregation le laissèrent froid, non pas qu'il craignait le travail, mais c'était un timide, ayant peu de confiance dans une gloire problématique et surtout parcequ'il n'aimait pas les foules.

Ce qu'il aimait, c'était la tranquillité, il adorait la nature et même étant dans Paris il se plaisait à passer ses heures de loisir dans les squares. Les dimanches il allait rêver dans le bois de Saint-Cloud ou le long des fortifications.

Jamais il n'eut songé à se joindre aux plaisirs de ses camarades. L'amour ne l'avait jamais tourmenté et l'étude seule semblait être sa compagne. C'était un être étrange, bon, dévoué jusqu'à l'excès, il aurait donné jusqu'à son dernier centime pour venir en aide à quelqu'un. Jamais une parole amère ne sortait de ses lèvres, il accueillait tous avec bonté et simplicité.

Il pouvait avoir vingt-huit ans, assez joli garçon, bien planté, blond, avec de grands yeux bleus. Ni riche ni pauvre, ses parents en mourant lui avaient laissé juste de quoi vivre.

Enfin, pourquoi s'était-il fait médecin? simplement parcequ'il croyait y voir une vocation. Il est des médecins pour l'âme, soyons celui du corps. Le prêtre voit au moteur, moi je verrai à la machine, mais je laisserai aux autres le soin des grands du monde, et j'irai porter aux faibles et aux pauvres les fruits de mes études et de mes observations. Comme on peut en juger, Paris était rayé de son carnet, et la carte à la main Georges Gilbert étudiait vers quel coin de la France il pouvait bien porter ses pas.

Une chose certaine, c'est que le sol natal est un aimant à l'influence duquel on échappe difficilement. Hors Gilbert était breton, et c'est vers l'antique Cornouailles que ses yeux se jettèrent tout d'abord. Il songea aux belles plaines bretonnes, puis à l'escarpement des rochers sans cesse battus par les flots de la mer. La mer, pour lui, ce mot disait tant de choses, il entrevoyait les rêveries sans nombre au bord de l'océan immense—les yeux perdus dans l'infini. Puis, ce furent les paysans bretons avec leurs costumes d'un autre âge, les villages avec leurs coquettes églises et leurs jardins, puis les vergers sans fin. "Oui," s'écriait-il, "c'est là que je vivrai, c'est là que je porterai aux simples et aux pauvres les soulagements et les consolations.

Le lendemain Georges Gilbert prenait le train en destination d'un village perdu sur les côtes de Bretagne.

C'est dans les environs de Quimper qu'il trouva le nid désiré. Il loua une petite maison située au milieu d'un grand jardin. Cette petite maison était toute coquette, encadrée de beaux arbres qui lui donnaient un air de douce tranquillité. En face du seuil le jardin s'étendait jusqu'à la route, et, au milieu un bassin dans lequel des poissons rouges prenaient leurs ébats.

L'intérieur de la maison était simple et confortable, Gilbert y avait apporté une foule de bibelots, souvenirs de son séjour à Paris. Cependant, la pièce la plus importante de la maison était le cabinet de consultations. Là s'amoncelaient les instruments et les livres, car Gilbert était un bibliophile enragé, et le sixième de ses revenus passait invariablement chaque mois à l'achat d'une innombrable quantité de volumes de toutes sortes.

Il avait fait venir du "pays," la vieille Nanette, une ancienne servante de sa mère. C'est elle qui voyait à tout, et le dimanche, lorsqu'elle se rendait à l'église, les bonnes gens disaient:

"Voyez donc, c'est la gouvernante de Monsieur le Docteur."

Et la bonne Nanette ne se sentait plus d'aise, elle prenait des rires d'importance, ce qui faisait rire Gilbert, qui, du reste, la laissait faire en toutes choses.

Gilbert vivait là comme un "coq en pâte," et il

eût bientôt fait de se créer une clientèle et cela avec d'autant plus de facilités que l'argent était pour lui une question secondaire. On venait de loin pour le consulter et son nom se répandait dans tout le pays et avait même trouvé écho dans la vieille demeure seigneuriale de Morsebiec.

Le château de Morsebiec était vieux comme le monde, ses tours se lézardaient et l'immense bâtisse féodale ne semblait tenir ensemble, que grâce aux lierres qui en tapissaient les murs. Les vieilles du pays racontaient les soirs d'hiver, une foule d'histoires plus fantastiques les unes que les autres. De ces contes à faire frissonner les petits enfants. Elles disaient, ces braves dames, que Morsebiec avait des origines diaboliques et que le seigneur Belzebuth y avait mit la main.

"Voyez," disait-elles, "l'aspect sombre du château, on dirait qu'il est soudé au roc sur lequel il fut construit,"

Le notaire du village répondait: "Que toutes ces histoires étaient sornettes, ce n'est pas le diable, mais bien le bon seigneur Alain IV. Comte de Morsebiec et seigneur de Codeic, qui avait construit le château en revenant de la Croisade."

Le Docteur Gilbert écoutait les paysans, et s'amusait fort des légendes qu'on lui contait. Ce qu'il considérait surtout dans Morsebiec, c'était l'aspect grandiose de la vieille demeure seigneuriale et le cachet imposant que sa présence donnait au pays tout entier.

Comme à Paris, Gilbert, continua à vivre seul, ne faisant aucune visite, que celles imposées par sa profession. Dans le pays on le nomma, le Docteur Ténébreux, Gilbert le sut, mais n'y fit nullement attention.

Quelquefois, le fusil sur l'épaule, il partait dans la campagne, ou sur les rochers. Quelquefois ne tirant pas un coup de fusil, on eût dit qu'il eût craint de faire du mal aux bêtes qu'il aurait tué.

Et c'est ainsi que se passèrent les six premiers mois, que Gilbert vécut à Morsebiec.

II.

On pouvait alors être en Septembre, la matinée était belle et le ciel sans nuage.

C'était un dimanche et le Docteur Gilbert suivait son habitude gravissait lentement les rocs de la falaise. Devant lui l'océan déroulait des flots verts qui venaient se briser sur les rocs en éparpillant dans l'air un nuage d'écume blanche.

Il était environ à un demi kilomètre des limites de Morsebiec, dans un endroit connu de tous sous le nom du "trou du diable." A cette endroit se trouvait un vaste plateau qui avançait assez loin dans les

terres, et la falaise coupée à pic, tombait à une hauteur de deux cents mètres, dans un gouffre dans lequel se précipitaient sans cesse les flots bouillants de l'océan.

La côte était à cet endroit d'un aspect grandiose et terrible, on eût dit qu'elle avait été taillée de la main d'un Titan. Et au pied de la falaise la mer sans cesse grondante semblait vouloir briser le roc d'un effort incessant.

Le chemin passait là, à deux pas du précipice et formait une bifurcation dont une branche conduisait au château et l'autre au village.

Gilbert s'arrêta là, et, déposant son fusil près de lui, il s'assit sur une pierre et se mit à admirer le magnifique tableau qu'il avait sous les yeux.

Alors, Gilbert se mit à repasser les souvenirs qu'il avait de l'histoire de Bretagne.

Il revit la période druidique si mystérieuse et si féconde en légendes de toutes sortes, puis l'envahissement du pays par les Bretons chassés et poursuivis par les Angles et les Scots. Enfin les luttes de géants qui ensanglantèrent durant des années le sol de l'Amérique jusqu'à ce que le duché de Bretagne eût été fondé par Néomène. Puis la guerre avec l'Angleterre, guerre terrible qui ensanglanta la France toute entière et qui dura cent ans. Enfin la Bretagne et la France ne firent qu'une et l'antique Armorique partagea les guerres et les paix de la couronne de France.

Puis vient la grande révolution, mais la Bretagne resta fidèle à son roi. Alors ce fut terrible, le pays tout entier se souleva depuis les seigneurs jusqu'aux plus pauvres paysans. Les forêts et les rochers se peuplèrent d'ombres et l'air retentit de ce cri:

"DIEU ET LE ROY."

Ce fut les Blancs contre les Bleus, cette guerre atroce et fratricide dans laquelle retentit les noms de Laroche-Jaquelain, Charette, Théroine de Mirecourt, et qui vit le massacre de Quiberon. Puis, tout entra dans l'ombre et petit à petit la Bretagne vécut dans l'union et fournit son contingent de gloire à l'histoire de la France Moderne.

Gilbert toujours songeur, restait là, immobile comme s'il eût peur qu'un mouvement ait troublé sa rêverie. Enfin il se leva et prenant son fusil, il allait poursuivre sa course à travers la campagne, lorsque des cris vinrent frapper son oreille.

En tout autre endroit, Gilbert n'y eût attaché aucune attention. Mais dans ce coin du monde, abandonné et sauvage, ces cris prenaient des proportions alarmantes et faisaient présager un accident, un malheur peut-être.

(A suivre)

Travaux Originaux

SYPHILIS TERTIAIRE ; OBSERVATION.

par M. le Dr JEHIN-PRUME (Montréal)

(Suite et fin)

Mr. G. commença donc immédiatement le traitement et voici le résultat qui fut obtenu.

I.—(Après deux jours.) Plus de douleurs dans les jambes, meilleur teint, plus de maux de tête, l'esprit plus libre.

II.—(Après quatre jours.) Les maux de tête sont complètement disparus, l'estomac étant plus fort je puis faire administrer de l'iodure de potassium. Les forces sont revenues, le malade peut marcher avec plus de facilité.

III.—(Après huit jours.) Le malade est complètement bien, sauf la paralysie qui persiste.

IV.—(Après dix jours.)—Le malade sort de l'hôpital et vient se placer sous mes soins à ma consultation.

V.—(Au bout d'un mois.)—La diplopie est moindre, les lèvres sont libres, la paralysie presque disparue, je donne au malade quinze jours de repos, pendant lesquels il ne fait aucune médication.

VI.—(Au bout de trois mois.) Plus de diplopie, ni de paralysie, aucun malaise, l'intelligence est active. Je donne un mois de repos. Le malade en profite pour reprendre ses occupations professionnelles.

VII.—(Au bout de six mois.) Le mieux est persistant. Je suspends le traitement.

VIII.—(Au bout de deux ans.) Aucune rechute le malade est absolument bien.

—O—

Voici donc un cas qui parle assez par lui-même. Ici les autres traitements étaient nuls, les injections le sauvèrent de la folie ou de la mort, triste perspective à laquelle heureusement il a échappé. Plus encore, Mr. G. est aujourd'hui père d'un enfant absolument bien constitué, ne présentant aucune trace de l'horrible maladie. Cet enfant est né un an après le commencement du traitement.

Seconde Observation.—Trido-Choroidite Syphilitique

Madame D. H., directrice d'une de ses institu-

tions méconnues par nos autorités judiciaires, vint me trouver dans l'été de 1898.

Je prends des cas anciens pour bien démontrer la persistance de l'amélioration.

Depuis environ six mois, Mad. H. se soignait pour l'affection qu'elle avait contractée.

On lui avait donné un peu de tout, proto-iodure, sublimé, calomel, sirop de Gilbert, frictions à l'onguent napolitain, et iodure de potassium,

Chez cette patiente, je constatais une irido-choroidite des deux yeux, un champ visuel très restreint, maux de tête, douleurs lancinantes dans les jambes, insomnie, faiblesse générale.

Dans l'oeil des corps flottants très nombreux.

Elle était à la période secondotertiaire et comme les symptômes allaient croissants, je crus devoir instituer un traitement énergique.

A cette fin, je lui fis des injections sous-cutanées de cyanure de mercure tous les deux jours pendant quinze jours, un repos d'une semaine, puis deux injections par semaine, pendant six semaines, un repos d'un mois et de nouveau deux injections par semaine pendant deux mois. Je suspendis entièrement le traitement après vingt-et-une semaines.

Voici quelle fut la marche du traitement.

1er mois: Plus de maux de tête, la malade dort bien.

2ème mois: Les douleurs dans les jambes sont complètement disparues, les forces reprennent petit à petit, les mouches volantes diminuent.

3ème mois: Les forces reprennent de plus en plus le dessus, la malade est très satisfaite, il n'y a presque plus de mouches volantes.

4ème mois: Repos du traitement.

5ème mois: Plus de mouches volantes, état général superbe.

Cette observation est encore assez concluante. Il n'y eut chez la malade aucun symptôme d'hydrargyrisme, ni troubles du côté des voies digestives. Je donnais à cette malade deux grammes d'iodure de potassium par jour pendant les deux premiers mois, puis un gramme par jour jusqu'à la fin du traitement.

J'ai revu Mad. H. dans le courant du printemps 1900, et jamais elle n'a été inquiétée par sa maladie.

Il n'y a eu chez elle aucune récidive.

Troisième Observation.—Trido-Choroïdite-Paralysie, Calvitie.

Melle Alice H., âgée de 26 ans, lingère, vient me trouver vers la fin de juin, 1900.

Elle est d'une faiblesse extrême, elle ne se traîne qu'avec la plus grande difficulté. Son teint est jaune-verdâtre, avec sur la figure de grandes taches brunnâtres. La tête est presque complètement dépourvue de cheveux.

Je laisse parler la patiente:

" Il y a huit mois que je suis malade. Cela a débuté par une fatigue générale. Je dépérissais à vue d'oeil et j'avais presque constamment de fortes douleurs de tête, surtout la nuit."

" Effrayée, je m'en fus consulter un médecin, qui après m'avoir auscultée, me dit que je souffrais d'une maladie de poitrine. Il me traita en conséquence, me fit abandonner ma situation et me dit qu'il serait probablement forcé de me faire partir pour la campagne."

" Un jour je fus littéralement couverte de petits boutons roses, quelques-uns restant entre cuir et chair. Je n'avais pas de démangeaisons. A la vue de cete éruption je retournais voir mon médecin qui décida de prendre une consultation avec un autre docteur. Ceci eut pour résultat de m'envoyer à la campagne chez un médecin, soignant surtout les tuberculeux."

" Là, on me fit suivre un traitement complet contre la consommation. Cependant, ma faiblesse augmentait toujours, les maux de tête étaient terribles. J'avais dans la poitrine comme du feu. L'éruption disparut petit à petit, mais mes cheveux se mirent à tomber d'une terrible façon, si bien, qu'il ne m'en reste presque plus. J'eus de terribles maux de gorge, et du "mal" dans la bouche, cela dura six semaines et on ne me donna rien pour le guérir."

" Enfin, lasse de ne voir aucun progrès, je revins à Montréal. Quelques jours après mon arrivée, j'eus terriblement mal aux yeux, je m'en fus dans un dispensaire où l'on me donna des gouttes pour me mettre dans les yeux, matin et soir."

" Comme mes yeux allaient de mal en pis, et qu'en plus mon bras gauche se paralysait, je rencontrai une de vos patientes qui me donna votre adresse."

Voici ce que je fus à même de constater: Trido-choroïdite des deux yeux, mouches volantes, inégalité pupillaire du côté gauche. Paralysie du bras gauche, de la jambe gauche et fatigue dans la figure du côté gauche. C'est à peine si la patiente pouvait se soutenir sur sa jambe malade, quand au bras il était nul.

Je fus très étonné des différents traitements suivis jusqu'à ce jour, et j'instituai immédiatement l'anti-spécifique.

Deux grammes d'iodure de potassium et des frictions à l'onguent napolitain. Des séances d'électricité furent faites dans le but de lutter contre la paralysie.

Au bout de huit jours, pas de changement, au contraire, la malade éprouvait de violentes douleurs dans les jambes. Je me décidais alors d'injecter du cyanure d'hydrargyre au titre de solution dont il a été fait mention dans la première observation, c'est-à-dire à 1 pour 100.

Le résultat fut vraiment extraordinaire, même au-dessus de mon expectative.

Voici la marche du traitement:

1ère semaine: Les maux de tête disparaissent, les mouches volantes également, plus de douleurs dans les jambes.

2ème semaine: Les yeux sont absolument bien, les forces reviennent, plus de tiraillements dans le côté gauche de la figure.

3ème semaine: La malade marche avec plus de facilité, elle peut commencer à se servir de son bras, les cheveux repoussent.

4ème semaine: La jambe est normale, il ne reste plus dans le bras qu'une légère lourdeur. Les cheveux poussent superbement, les taches de la peau disparaissent graduellement.

5ème semaine: La menstruation se rétablit après trois mois d'absences, je donne à la malade huit jours de repos.

6ème semaine: Je recommence le traitement, car le repos que j'avais donné à la patiente est cause d'un renouvellement des maux de tête. Cependant après deux injections seulement, tout rentre dans l'ordre.

Je continue ainsi le traitement pendant un mois et non seulement la malade fait de grands progrès,

mais peut même reprendre ses occupations.

Au bout de six mois je cesse complètement le traitement, ma patiente étant dans un état de santé absolu. Elle a augmenté en poids d'une façon assez considérable et ne ressent aucun malaise.

J'ai revu la malade au bout de quatorze mois, l'amélioration due au traitement a persisté sans broncher.

En outre de ces observations, j'ai traité un grand nombre d'autres sujets avec un succès analogue.

J'emploie aujourd'hui la solution titrée au cyanure de mercure du Dr. J. Roussel. Cette préparation me donne entière satisfaction et je la recommande fortement au monde médical.

Revue des journaux

MEDECINE

Le sang dans la coqueluche et dans l'adenopathie trachéo-bronchique

—M. Carrière (de Lille).

Depuis Meunier on sait que la coqueluche s'accompagne de leucocytose, parfois très élevée.

J'ai examiné à ce point de vue 14 cas de coqueluche et j'ai trouvé que:

I.—1° Au début de la coqueluche, la leucocytose est de règle (10 à 15 000) et la polynucléose manifeste;

2° A la période d'état, la leucocytose est plus accentuée encore et la polynucléose reste très évidente;

3° A la convalescence, la leucocytose diminue fortement mais persiste (10 à 12 000); il n'y a plus de polynucléose mais éosinophilie légère.

II.—Le nombre des hématies diminue progressivement dans la coqueluche jusqu'à la convalescence. A ce moment il revient peu à peu à la normale.

III.—Le taux de l'hémoglobine diminue progressivement, il reste longtemps au-dessous de la normale.

Dans les coqueluches graves, la leucocytose est faible ou nulle. Toute complication élève la leucocytose, qui revient rapidement ensuite à son chiffre précédent.

Une fièvre éruptive surajoutée à la coqueluche ne modifie pas la leucocytose.

Dans l'adénopathie trachéo-bronchique la leucocytose ne dépasse pas 15 000; elle manque souvent.

Lorsqu'elle existe, il s'agit de mononucléose et non de polynucléose. J'ai pu établir parfois mon diagnostic, dans des cas difficiles, en me basant sur ce signe.

(“Gaz. heb. de Méd. et de Chir.”)

La douleur des pieds chez les typhiques

MM. Lyonnet et Péhu font une étude d'ensemble de ce symptôme que l'on rencontre assez fréquemment chez les typhiques, surtout quand ils sont traités par les bains froids.

Ce sont surtout des malades jeunes, des femmes, des névropathes qui présentent ce phénomène. En général, c'est vers la fin de la maladie qu'on le constate; il semble le plus souvent coïncider avec une heureuse terminaison.

Le point sur lequel insistent tout particulièrement MM. Lyonnet et Péhu c'est la pathogénie.

Ils s'élèvent contre l'idée qui a été récemment soutenue dans une thèse de Paris, où l'on parle de myélite, de thrombose artérielle.

Ils pensent qu'il s'agit là de petites névrites des dernières extrémités nerveuses. Ils discutent le rôle de la toxine typhique, de la balnéation, et aussi de l'alcool souvent donné à fortes doses chez ces malades qui n'y sont que peu accoutumés.

Ils conseillent les applications de salicylate de méthyle.

(Lyon méd.)

Comment on doit entendre le traitement de la migraine

(M. le Dr Paul KOUVALECKY)

Le plus souvent le praticien consulté pour un accès de migraine prescrit une médication symptomatique. Il trouve, dans la série aromatique, toute une gamme de préparations au moyen desquelles il arrive à soulager son malade. Mais le bon résultat, obtenu une première fois, se répète rarement plus de 5 ou 6 fois de suite. Le remède, qui paraissait héroïque, devient rapidement inefficace. Un autre est appliqué dont le succès est aussi éphémère, et ainsi, après avoir fait un certain nombre d'essais semblables, on se retrouve en présence d'un patient découragé par le retour périodique d'une affection qui empoisonne sa vie.

Cette simple constatation d'un fait connu de tous les praticiens suffit à démontrer l'inanité d'un traitement qui ne s'adresse qu'à l'accès. Pour obtenir la

guérison d'un migraineux, il faut remonter, si possible, aux sources du mal, s'efforcer de les découvrir pour être en mesure de les combattre par des moyens appropriés. Malheureusement cette recherche est laborieuse en raison de la multiplicité des causes qui peuvent, par différents chemins, aboutir au syndrome migraine. C'est cet écheveau embrouillé que le Dr. Paul Kowalesky s'est essayé à démêler dans un petit livre qu'il vient de publier sur "la migraine et son traitement."

L'auteur distingue 3 groupes de causes à l'origine de la migraine: 1° la cause essentielle qui, pour lui, forme la nature de la maladie, "l'hérédité pathologique;" 2° les raisons qui soutiennent et fortifient la disposition morbide, tels les "diathèses," les "maladies constitutionnelles" et les "épuisements chroniques;" 3° enfin les "causes fortuites" qui provoquent l'accès, comme choc moral, constipation, désir sexuel non satisfait, excès sexuels, surmenage intellectuel, etc. Voici comment chacune de ces causes peut être combattue:

1° "Hérédité"—L'hérédité pathologique de la migraine a, d'après M. Kowalesky, beaucoup d'analogie avec l'hérédité de l'épilepsie. Elle consiste dans un certain état de déséquilibre d'une partie limitée des centres vasomoteurs et sensoriels de la moelle allongée, en rapport avec l'une des moitiés de la tête. Le rôle du médecin doit être d'écarter de l'organisme toutes les conditions qui peuvent augmenter le déséquilibre de ces centres nerveux et d'en développer autant que possible la capacité d'inhibition. Pour arriver à ce résultat, il faut en premier lieu s'efforcer de modifier peu à peu, mais avec beaucoup de persévérance, la substance chimique des centres en question, en ne laissant entrer dans l'économie que des substances nutritives qui, en se combinant avec le protoplasma des éléments nerveux, produiront des combinaisons plus stables, capables de réactions mieux définies.

L'expérience et les observations faites sur les épileptiques démontrent que le laitage et les végétaux constituent précisément la nourriture la plus favorable pour cet objet. Et voici les recommandations de l'auteur à ce propos.

Le régime doit être suivi pendant des années. Il exclut formellement le gibier dont les substances extractives agissent d'une manière trop excitante sur un système nerveux déjà trop excitable par lui-même. La viande de boeuf qui agit dans le même sens, mais plus faiblement, doit être prise avec modération et même, dans certains cas, supprimée. Les seules viandes permises aux migraineux sont le mouton, la volaille, le veau; encore ne doivent-elles être prises qu'en petite quantité et pas tous les jours. Les pois-

sons bouillis, les oeufs, le caviar sont tolérés, mais le lait et les végétaux doivent être au premier plan de l'alimentation.

Le lait doit être pris systématiquement, à intervalles réguliers et par petites gorgées, d'abord à la dose de 2 verres par jour, puis 3, puis 4 en augmentant ainsi progressivement de manière à faire absorber au malade toute la quantité qu'il peut aisément digérer. Le pain, les biscuits secs, la crème, les fromages tolérés par l'estomac, sont également recommandés.

Les végétaux, les légumes secs, la purée, les herbes potagères, la plupart des fruits sont des aliments très sains pour les migraineux: il faut en accepter les artichauts et les asperges et, parmi les poissons, les écrevisses et le homard.

En fait de boissons, tout liquide alcoolique est sévèrement proscrit. Le café, le thé, le chocolat, le cacao ne sont permis qu'en quantités modérées et très étendus de lait. Les eaux alcalines aux jus de fruits, ou mieux l'eau fraîche et le lait sont les boissons les plus favorables.

Le tabac est défendu sous toutes ses formes.

Quelle que soit la vie qu'on mène, il faut autant que possible que le travail et les occupations ne soient pas uniformes: il est aussi fâcheux de mener une vie exclusivement sédentaire que d'être toujours en mouvement. Les exercices physiques qui sont d'ailleurs recommandables, ne doivent jamais arriver à la fatigue. Les bals, théâtres, concerts sont complètement interdits pendant la durée du traitement et permis seulement avec modération lorsque le succès est obtenu. Une vie, établie d'après un programme régulier, est une condition essentielle pour rétablir l'équilibre, héréditairement troublé, des centres nerveux chez les migraineux.

2° "Diathèses."—La modification du terrain est la seconde donnée du problème à résoudre. Chez un grand nombre de malades, la diathèse urique accompagne si fréquemment la migraine, qu'on a voulu établir entre elles une relation de cause à effet. Or s'il est douteux que la diathèse urique puisse donner la vraie migraine, elle augmente dans une telle mesure la prédisposition héréditaire, qu'il faut toujours la rechercher, la guérir, ou tout au moins la traiter. Or cette cure se confond en partie avec celle qui a été indiquée pour combattre l'hérédité morbide; il conviendra d'y ajouter quelques eaux alcalines ou médicaments plus spécialement appropriés.

La syphilis et l'alcoolisme n'agissent pas moins pernicieusement: il faut s'attacher à combattre l'action particulièrement fâcheuse de ces deux diathèses chez les migraineux. Quant à la tuberculose et au lymphatisme, leur rôle est mal connu et du reste,

dans ces cas, le traitement de la migraine reste au second plan.

“Des médicaments à employer dans le traitement de la migraine.”—En dehors des modificateurs de la prédisposition héréditaire et du terrain, il est certains médicaments qui contribuent à restituer l'équilibre déficient des centres nerveux en diminuant leur excitabilité. Au premier rang sont les composés bromés. Charcot prescrivait les bromures à hautes doses contre la migraine: 3 grammes la première semaine, 4 la seconde, 5 la troisième, 6 la quatrième, 5 la cinquième, 4 la sixième, 3 la septième et ainsi de suite en alternant les augmentations et les diminutions. L'efficacité du remède est proportionnelle à la façon dont il est toléré par le migraineux: les hautes doses sont-elles bien supportées, la guérison peut être complète; occasionnent-elles des signes de bromisme, elles demeureront sans action et il y faudra renoncer. En tous cas, le traitement doit être poursuivi pendant 6, 12 mois et plus.

M. Kowalesky a une préférence marquée pour le bromure de sodium. Il s'est trouvé bien d'associer à ce médicament le strophantus pour régulariser l'activité du cœur et la cocaïne comme calmant. Voici la formule qu'il emploie habituellement.

Bromure de sodium.	8 gr.
Teinture de strophantus.	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 10
Eau de fleurs d'orangers.	180 gr.

3 cuillerées à soupe par jour dans un peu de lait.

La quantité de bromure varie naturellement avec les sujets. La cocaïne est remplacée utilement par la teinture de noix vomique lorsque l'alcoolisme existe dans les antécédents.

Le malade prend cette médecine pendant deux années. Les interruptions doivent être faites d'après l'ordonnance du médecin.

L'hydrothérapie, la galvanisation prolongée, le massage de la tête sous forme de percussion, sont d'utiles adjuvants: mais pour être efficaces ils doivent être poursuivis avec ténacité et méthode, et on sait combien il est difficile d'obtenir des malades la persévérance nécessaire.

Pour calmer les douleurs de l'accès il convient de s'adresser aux remèdes qui ont fait leurs preuves et dont les principaux sont la caféine, l'antipyrine, l'antifébrine, la phénacétine. On les emploie alternativement, on les combine même assez heureusement (le mélange caféine-antipyrine est très efficace), mais il faut se rappeler que ce ne sont que des remèdes occasionnels, absolument impuissants à guérir les malades.

3° “Ecart des causes fortuites.”—L'action du médecin peut enfin s'exercer sur les moyens d'écartier toutes les causes susceptibles de provoquer l'accès.

En premier lieu la constipation doit être combattue. Le malade se présentera chaque matin à la garde-robe et ceci est déjà souvent efficace. Il s'aidera, si c'est nécessaire, de lavements et de laxatifs.

Les enfants et surtout les petites filles sont souvent à l'école dans des conditions hygiéniques défecueuses. Les méthodes d'enseignement en usage développent une tendance fâcheuse au surmenage intellectuel. Il faut savoir, surtout lorsqu'il existe une prédisposition héréditaire, les garder à la maison deux ou trois jours par semaine, au besoin les retirer de l'école, si l'on ne veut compromettre leur santé.

Il est plus difficile de poser des règles relatives à la vie sexuelle. Les excès comme l'abstention jouent pourtant un rôle important, parfois sans que les malades s'en doutent. Les veuves et les vieilles filles souffrent souvent d'accès de migraine, que le retour à la fonction sexuelle fait disparaître.

Il va sans dire qu'on écartera toutes les causes de surmenage intellectuel ou moral, et, dans les cas extrêmes, on ne devra pas hésiter à éloigner le malade de son milieu habituel.

De même il faut signaler l'éclairage très vif, l'air étouffant des salles de bals ou de spectacles comme susceptibles de provoquer des accès: on devra savoir interdire au malade de les fréquenter.

Tel est le schéma du traitement que conseille d'opposer à la migraine le Dr. Kowalesky: il doit, répétons-le, avoir un triple but: combattre la prédisposition héréditaire, les diathèses qui la soutiennent, l'accès même du mal. Toutes ces phases de la lutte doivent aller de pair et être strictement combinées entre elles.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Un moyen très simple d'administrer des bains au cours de la fièvre typhoïde

La balnéation froide ou tiède dans la fièvre typhoïde est d'une utilité incontestée, et voici une méthode des plus simples dans laquelle on n'est pas obligé de transporter le malade en dehors de son lit.

On se procure une pièce de toile caoutchoutée, solide, ayant 2 m. 50 de long sur 1 m. 25 de large; les bords de cette toile sont perforés de trous qui permettent d'y adapter solidement deux supports en bois de longueur un peu plus grande, et ayant au moins un pouce et demi de diamètre.

Veut-on donner un bain à un typhique, couché sur le dos dans son lit, dans une salle d'hôpital quelconque? On commence par faire tourner douce-

ment le malade sur le côté gauche, de façon que dans cette position, il soit sur le bord de son lit: la pièce de toile qui a été roulée est placée sous lui comme un drap ordinaire, puis le malade est ramené dans sa position première, de sorte qu'il se trouve au centre de la toile caoutchoutée. On soulève alors le malade sur cette toile, dont on fixe solidement les quatre extrémités aux quatre angles du lit; un ou plusieurs morceaux de bois permettent d'élever la toile à une hauteur suffisante en les plaçant sous la tête et les pieds du lit. Un oreiller au-dessous de la toile caoutchoutée permet au malade de reposer sa tête, et avec des épingle de sûreté, on fixe les extrémités de la toile, de sorte que le malade par son poids fait une sorte de creux dans la toile; le bain est alors donné à la température désirée, et avec une quantité d'eau suffisante pour recouvrir entièrement le corps du malade.

Une fois le bain terminé, il suffit de détacher la toile caoutchoutée au niveau d'un des angles pour faire écouler l'eau dans un récipient qui sera placé à côté du lit, ce qui se fait très rapidement et très aisément, si on a soin de soulever légèrement un des côtés du lit. Une fois le liquide écoulé, on n'a qu'à détacher la toile dans l'autre angle, puis on l'enlève en faisant la manoeuvre inverse de celle qu'on a faite pour placer le malade.

Ce mode d'administration des bains a été employé pendant plusieurs années à l'hôpital de Coromandel, et il possède comme avantages: son bon marché, sa facilité d'installation, son administration possible par une seule personne, quoique deux fassent mieux; ce fait que ni le malade ni son entourage n'en sont effrayés comme de la baignoire ordinaire; son adaptation possible à toute espèce de lit, sa facilité de transport et surtout son application possible sans imprimer de grands mouvements au malade (simple demi-rotation du corps avant et après le bain).

Ce mode de traitement a été employé dans une épidémie observée à Coromandel, où la fièvre typhoïde a une malignité toute particulière. Cette épidémie porte sur 76 cas, qu'on peut diviser en 4 groupes.

1er groupe: en 1885-1886. Traitement par l'expectative, avec des aides non dressés, et dans de mauvaises conditions hygiéniques. 10 cas, 5 morts: séjour moyen à l'hôpital, 29 jours dans les cas de guérison, 12 jours dans les cas de mort. Mortalité, 50 pour 100.

2ème groupe. Aides meilleurs, mais non encore bien dressés. Meilleures conditions hygiéniques. Traitement par les antiseptiques intestinaux, lotions et enveloppements humides. Années 1895-1898, 37 cas, 6 morts. Durée moyenne du séjour, 34 jours en

cas de guérison, 11 jours dans les cas mortels. Mortalité, 16,6 pour 100.

3ème groupe. Même conditions que pour le 1er groupe. Cas de la pratique privée. Années 1896-1898: 10 cas, 5 morts. Mortalité, 50 pour 100. Comme plusieurs cas sont douteux, et que dans quelques-uns les détails de la maladie ne sont pas très précis, on peut retrancher quelques-uns des cas, et la mortalité doit être ramenée à environ 25 pour 100.

4ème groupe. Dans ce groupe, on avait des aides parfaitement au courant, un hôpital neuf: les cas légers ont été soignés par le salol, les cas graves par les moyens précédents et surtout les bains. Années 1899-1901: 19 cas. Séjour moyen à l'hôpital, 27 jours. Bains dans les cas graves. Mortalité, 0. Les cas légers, sans albumine, ont été traités par le salol, donné toutes les quatre heures, ce qui produisait une diaphorèse abondante et un abaissement de température. Les cas graves prenaient de un à trois bains dans les vingt-quatre heures, entre 70 et 80° Fahrenheit, suivant le degré de fièvre, et la durée des bains variait entre 15 et 50 minutes, suivant l'effet obtenu; on prenait la température dans la bouche toutes les 10 minutes. Dans chaque cas le nombre de bains variait de 2 à 18 suivant la gravité et la persistance de la fièvre.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Sur l'emploi des gants de caoutchouc en chirurgie

par M. le prof. DELASSUS

Placez dans votre arsenal medico-chirurgical quelques paires de gants de caoutchouc. Faites-les faire sur mesure pour qu'ils soient "ajustés" à votre pointure. Pour cela, il suffit d'envoyer au fabricant le contour de votre main tracé sur une feuille de papier. Demandez-les en "feuille anglaise" pas trop mince: le numéro 14 m'a paru convenable. J'ai fait fabriquer des gants ajustés avec une bande de renforcement sur le dos de chaque doigt, ce qui les rend plus résistants aux tractions du gantage.

Pour les "stériliser," faites-les bouillir à grande eau, et non pas serrés et pressés dans un étroit récipient. Il faut qu'ils puissent "se remuer" dans l'eau bouillante, qui atteint et stérilise ainsi chaque point de la surface. C'est le procédé auquel je me suis pratiquement arrêté. Je prends même la précaution, après les avoir lavés avec soin à l'eau de savon chaude, de les faire bouillir un moment et ensuite de

les retourner pour ramener au dehors la surface intérieure.

Voici pour cela le petit "truc" que je conseille: j'invagine en bloc les doigts dans la partie large du gant, je serre les tissus autour du tube, je souffle dans le tube, et aussitôt, les doigts se retournent sans difficulté. Dans le tube de verre, j'ai mis un tampon de ouate pour filtrer l'air. J'emploie maintenant une poire insufflatrice.

Les gants dont je me sers vont jusqu'au poignet et j'ai l'habitude de couvrir mes avant-bras avec des gaines qui montent jusqu'aux coudes, mais qui sont indépendantes des gants proprement dits. Ils peuvent être en tissu plus épais, plus résistant, de sorte qu'ils supportent mieux la désinfection et qu'on est obligé d'en changer moins souvent que des gants.

Si vous les passez à l'étuve, ayez soin de "surveiller" l'opération et de ne pas dépasser 110°. Mettez, à côté, de la "poudre de talc" étalée sur une feuille de papier pour la stériliser également.

Si vous ne les employez pas immédiatement après la stérilisation, mettez-les dans une boîte ou un bocal stérile, s'ils sont secs; sinon vous pouvez les conserver dans un bocal de solution phéniquée forte. Au moment de s'en servir, enlevez l'excès d'acide en les lavant au sublimé ou à l'eau bouillie.

On peut aussi les suspendre dans un bocal, à la façon des sondes en gomme, où on les laisse exposés à l'action des vapeurs que dégage le troxyméthylène déposé au fond du bocal. Une solution de formol atteindrait le même résultat par les vapeurs qu'elle dégagerait. L'action serait moins rapide.

En 48 heures, on arrive à stériliser les sondes; je suppose qu'il en serait de même pour les gants.

Une étuve thermo-formogène d'Albarran assurerait la stérilisation, mais nous sortons ici des moyens de pratique courante.

Pour une opération sérieuse, avant de se ganter, se "désinfecter la main" comme si l'on ne devait pas mettre de gants. Une fois les gants passés, les désinfecter encore.

L'opération faite, si elle a été septique, ou bien abandonner les gants ou veiller à leur sérieuse désinfection.

C'est là le point capital de la question des gants. Il est facile de comprendre que si les mains infectées par une opération se désinfectent par la série des lavages quotidiens auxquels on les soumet, les gants ne se désinfecteront que dans la mesure où nous les aurons désinfectés.

Mais cette condition formelle, le bénéfice que retirera le chirurgien de l'emploi des gants est au-dessus de toute contestation.

Il est un point sur lequel j'attire l'attention. J'ai

vu opérer de grands chirurgiens avec des gants, mais quelle n'a pas été ma surprise en constatant que leur aide principal n'en mettait pas. Le contact des mains de l'aide avec la plaie est moins intime et moins fréquent, je le veux bien, mais il n'est pas moins réel. C'est lui qui, d'ordinaire, passe les fils, fait certaines sutures ou ligatures; dès lors, la sécurité que donnent les gants est amoindrie. Quand on a la précaution de ne faire toucher la plaie ou les objets, instruments, tampons, fils, pansements, que par un seul aide, ou de les prendre soi-même, pour éviter tout contact, deux paires de gants suffisent pour une opération. — "Journal des Sc. Méd.," de Lille.

Sur la présence habituelle d'un microcoque dans les tumeurs épithéliales

En 1887 et 1888 j'avais observé, dans le suc cancéreux, des diplocoques et de courtes chaînettes difficiles à différencier de la masse des granulations cellulaires.

Les fragments néoplasiques placés dans des tubes de gélose et de gélatine nutritives demeuraient stériles, mais le suc de ces fragments, examiné au bout de 2 ou 3 mois, contenait des diplocoques qui présentaient la même mobilité qu'au premier examen de la tumeur.

Aucune trace d'élément d'aspect bacillaire.

Les sphérules mobiles présentaient un diamètre assez variable. Les petits diplocoques mobiles étaient très inférieurs au diamètre des sphérules du staphylocoque doré. Souvent, on trouve une sphérule de diamètre 4 ou 5 fois plus considérable, accolée à une plus petite.

J'ai pu obtenir, sur milieu liquide, à ce moment, des cultures de ces éléments, il y a un an. Je possédais, à ce moment, des tubes de gélose et de gélatine contenant depuis 6 mois des fragments de tumeurs demeurés stériles. Ces tubes, remplis aseptiquement du même bouillon nutritif, donnèrent des cultures identiques.

Je possède actuellement des cultures provenant de 20 cas différents: 14 cas de tumeurs du sein primitives ou secondaires, dont 1 cas d'écoulement du mamelon chez une femme non cancéreuse;

2 noyaux cancéreux de l'épiploon provenant de tumeurs de l'estomac;

1 cancer du foie secondaire une tumeur de l'estomac;

1 cancer du testicule.

1 cancer de l'utérus;

1 kyste de l'ovaire à végétations épithéliales "intra-kystiques."

Ces 20 cas ont donné, sur environ 250 tubes en-

semencés, 50 résultats positifs, dont nous comptons, pour les 6 "derniers cas," 20 "résultats positifs" sur 47 "tubesensemencés."

Les cultures positives donnent sans exception, et à l'état de "pureté," un microcoque qui ne se développe le plus souvent qu'au bout de 24 à 48 heures, parfois au bout de 4 à 5 jours. On trouve alors dans le bouillon des diplocoques et de courtes chaînettes d'éléments de grosseur très variable, et qui, fréquemment, se bifurquent en Y. Transplanté sur un milieu solide approprié, ce microcoque donne sur gélose une culture d'un blanc grisâtre, uniforme, et qui s'attache à l'aiguille de platine en gros filaments visqueux.

Ce microcoque liquéfie très lentement la gélatine, et la partie liquéfiée présente une consistance oléagineuse. Dans le bouillon la culture est très analogue à celle du streptocoque pyogène, et le milieu se clarifie rapidement. On obtient dans les ballons d'un litre la formation d'un voile qui tombe petit à petit au fond du récipient.

Ce microcoque est assez difficile à mettre en évidence dans les coupes, où il existe en petit nombre. On le trouve de préférence dans les ganglions de la zone d'envahissement, et dans les noyaux secondaires les plus éloignés de la tumeur originale. Il existe dans le sang dans les cas exceptionnels de "fièvre cancéreuse," et dans les lymphatiques de la peau dans les cas de "pseudo-érysipèle cancéreux." Nous l'avons trouvé dans une tumeur secondaire du péricrâne survenue 2 ans après l'ablation d'un cancer du sein, sans récurrence locale et dans un "écoulement séreux du mamelon" chez une femme n'ayant pas de tumeur du sein, et qui est en observation.

Ce microcoque perd rapidement la faculté de se colorer, soit par la méthode de Gram, soit par les couleurs d'aniline, et détermine expérimentalement chez les animaux une inflammation épithéliale intense suivie de la formation d'adénomes qui tendent ensuite à se résorber. On observe, dans les cellules épithéliales envahies, une phagocytose intense. L'étude des coupes histologiques chez l'homme démontre que le cancer débute par un processus inflammatoire analogue. Les cellules épithéliales paraissent se multiplier pour détruire par phagocytose les éléments infectieux, qui bientôt y prennent l'aspect de granulations indifférentes, et deviennent incapables, soit de prendre les couleurs d'aniline, soit de se reproduire sur les milieux de culture.

L'injection sous-cutanée d'une solution stérilisée des toxines de ce microbe, atténuées par un procédé particulier, détermine chez les cancéreux, particulièrement au niveau des ganglions néoplasiques, une réaction assez comparable à celle que donne la tuber-

culine sur les ganglions tuberculeux.

L'injection post-opératoire de ce liquide a donné depuis 6 mois des résultats satisfaisants mais qui doivent être confirmés par une observation prolongée.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*)

Comment doit-on traiter l'hydarthrose traumatique du genou.

Les chutes sur le genou, mais surtout l'entorse u genou, s'accompagnent fréquemment d'un épanchement important dans la synoviale articulaire. Quelle doit être la conduite du praticien en présence d'un cas de ce genre ?

Si l'épanchement est extrêmement abondant, quelques heures après l'accident, que les culs-de-sacs paraissent fortement distendus, le mieux est de pratiquer séance tenante la ponction antiseptique de la synoviale dans le point où elle est le plus facilement accessible. La région est soigneusement brossée au savon et à l'eau chaude, puis dégraissée à l'éther, et enfin désinfectée au sublimé au millième. Des compresses stérilisées protègent convenablement le champ opératoire. La ponction est pratiquée avec l'aiguille No. 2 d'un aspirateur Potain stérilisé par l'ébullition prolongée dans un bain contenant 2 pour 100 de carbonate de soude. Le liquide évacué, l'aiguille est retirée rapidement en détruisant le parallélisme des tissus. Une couche d'ouate et de collodion obture complètement l'orifice cutané.

Avec quelques précautions, cette ponction est sans danger et à la portée de tous les praticiens. Mais nous déconseillons absolument tout lavage de la cavité, même à l'eau phéniquée, d'abord parce qu'il n'augmente pas sensiblement l'efficacité de l'acte opératoire, ensuite parce qu'il le complique et, pour la moindre faute de technique, la moindre erreur de robinet dans le maniement de l'aspirateur est susceptible d'entraîner l'infection de l'article.

Si l'épanchement est moyen, la ponction est inutile, mais l'immobilisation dans une gouttière plâtrée est la règle absolue. Tous les autres procédés d'immobilisation, l'appareil silicaté notamment, les bandages compressifs sont insuffisants et toujours inférieurs à l'appareil plâtré.

Faut-il appliquer sur la région antérieure du genou des révulsifs variés, tels que teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu ? En principe ce sont là des moyens complètement inutiles, dans l'hydarthrose traumatique, l'immobilisation seule suffisant, dans l'immense majorité des cas, à amener la résorption rapide de l'épanchement. Il va sans dire que la

question ne se reposera même pas si l'on a pratiqué la ponction.

La compression elle-même n'a qu'une action médiocre: elle peut être combinée à l'appareil plâtré sans améliorer sensiblement les résultats.

Quelle doit être la durée de l'immobilisation? A notre avis, elle doit être très courte, au moins dans sa forme absolue. En général, cinq à six jours suffisent, mais il est bon de ne dépasser dans aucun cas huit jours. Habituellement, le sixième jour, l'épanchement s'est réduit dans la proportion des trois quarts ou des quatre cinquièmes. Si vous ne voulez pas de raideurs articulaires consécutives, et surtout si vous ne voulez pas risquer une atrophie du triceps capable de gêner la marche de votre malade pendant longtemps, le moment est venu de commencer la mobilisation et le massage. La gouttière plâtrée se prête admirablement aux exigences de la situation. Si votre appareil est bien fait, il est assez souple pour qu'on puisse l'écarter sans le casser et en sortir le membre pour lui appliquer la seconde partie du traitement.

Les premiers jours, c'est-à-dire en général du sixième au douzième ou quinzième jour, on fait deux séances de mobilisation et de massage par jour, d'une durée de dix à quinze minutes environ. On débute par un effleurage de toute la région articulaire dans le sens du courant veineux, suivie bientôt d'une friction plus énergique portant sur les culs-de-sac et sur la masse musculaire antérieure de la cuisse sur laquelle on insistera particulièrement. Quelques mouvements de flexion et d'extension d'abord passifs, ensuite en résistance, terminent les manœuvres de massage.

Après chaque séance, le malade est replacé dans la gouttière plâtrée que l'on maintient suffisamment appliquée par quelques tours de bande.

Le membre est laissé libre dans la journée, vers le douzième jour, entre les deux séances de massage, et les mouvements actifs sont autorisés dans la position horizontale. L'appareil est rétabli pour la nuit. Si l'épanchement n'a pas tendance à se reproduire après deux jours d'épreuve, la marche est autorisée en général vers le quatorzième jour. A ce moment on ne fait plus qu'un seul massage par jour: l'entraînement doit être progressif. Au bout de huit jours, la guérison est complète et le malade a pu reprendre ses occupations. Il n'y a plus le moindre vestige de liquide, on ne constate aucune raideur, ni aucune gêne dans la marche: le massage a cessé d'être indispensable dès la fin de la troisième semaine.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

GYNECOLOGIE

Œdèmes partiels dans les injections puerperales

par M. BUDIN.

Il n'est pas très rare de voir survenir tardivement, dans les formes lentes d'infections puerpérales, des œdèmes partiels, fugaces, qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Dans certains cas, l'œdème apparaît au membre inférieur. C'est un œdème blanc, peu douloureux, ne donnant pas d'impotence fonctionnelle. Il envahit rapidement tout le membre, peut même passer de l'autre côté, mais si l'on cherche le cordon caractéristique de la phlegmatia, on ne le trouve pas. On croit cependant à une phlébite, quand brusquement, en quelques jours, l'œdème disparaît complètement.

Dans d'autres observations, l'œdème siège dans la fosse iliaque; on croit à un abcès pelvien, mais l'examen du petit bassin montre que l'excavation est saine. Du reste, la disparition de l'œdème montre bien qu'il n'existait pas de phlegmon peri-utérin.

On peut même faire des erreurs encore plus graves, et M. Budin a vu un cas dans lequel un chirurgien voulait ouvrir le ventre, croyant à une péritonite, parce qu'il existait de l'œdème de la paroi abdominale. Une expectation de quelques jours montra qu'il s'agissait d'œdème simple du tissu cellulaire sous-cutané.

La pathogénie de ces œdèmes s'explique assez facilement aujourd'hui. Les recherches de Roger, en particulier, ont montré que les toxines d'ordre chimique ou bactérien pouvaient donner naissance à des œdèmes partiels fugaces sans inflammation des veines.

M. Boissard estime que la pathogénie de ces œdèmes n'est peut-être pas toujours la même et il se demande si, dans certains cas, il n'existe pas une thrombose partielle s'accompagnant d'œdème qui ne dure pas, à cause du faible volume de la veine thrombosée.

M. Bar est enclin à croire que ces œdèmes qui apparaissent tardivement sont des œdèmes toxiques par insuffisance urinaire, comme on en voit dans l'éclampsie, par exemple. Il faudrait donc savoir si les urines des malades ont été examinées.

M. Budin répond que chez plusieurs de ses malades les urines ne contenaient pas d'albumine.

(*Gaz. hebd. méd. et chir.*)

Traitement des règles abondantes avec ou sans dysménorrhée

par M. le Dr Lafond-Grolletty.

"Lorsqu'il n'y a pas de dysménorrhée," on

prescrit généralement l'ergotine en employant par exemple la formule suivante proposée récemment par le Dr. Dalché:

Ergotine.	o gr. 10
Sulfate de quinine.	o gr. 02
Poudre de digitale.	o gr. 01
Poudre de coca.	Q S

Pour une pilule F. S. A. 20: 4 à 5 par jour.

La formule est bonne, mais on peut se demander quelle part revient à l'ergotine dans l'action thérapeutique de ces pilules, et si ce n'est pas plutôt aux toniques et à la digitale qu'est due l'amélioration générale.

Il ne serait pourtant pas exact de croire que les autres agents constricteurs (hydrastis, hammamelis, senecio, etc.) lui soient préférables. La formule de M. Dalché est la meilleure. Lorsque les règles sont régulièrement très abondantes, M. Lafond-Grellety lui adjoint systématiquement le chlorure de calcium à l'intérieur. Les travaux de M. Cornil et de ses élèves, les expériences cliniques de Whright et P. Carnot, la thèse documentée de Trémolières montrent, en effet, l'action hémostatique puissante du chlorure de calcium, et justifient l'emploi de ce médicament dans les cas de règles trop abondantes. Le chlorure calcique peut être administré en potion, à la dose journalière de 1 à 2 grammes selon la formule suivante:

Chlorure de calcium.	9 grammes
Sirop de sucre.	60 —
Eau.	180 —

Une à deux cuillerées à soupe par jour.

Cette potion n'est pas trop désagréable au goût: elle est, de plus, facilement supportée par l'estomac, comme l'avait déjà remarqué G. Sée.

Il convient cependant de faire une réserve. Chez les chloro-brightiques, le chlorure de calcium détermine facilement des accidents d'intoxication, et en particulier des vomissements et de la céphalée. Il faut donc proscrire cette substance quand on a des raisons sérieuses de soupçonner une néphrite. Il est alors préférable de remplacer le sel par une préparation gélatinée (contenant 10 pour 100 de gélatine), dont on injecte 5 à 10 centimètres cubes une à deux fois par jour.

M. Lafond-Grellety ordonne la potion au chlorure de calcium concurremment avec les pilules de M. Dalché. La potion est prescrite une semaine avant l'époque prévue. Les pilules doivent au contraire être prises quelques jours seulement avant les règles, et continuées pendant toute la durée de l'écoulement.

Il ne faudrait pas s'étonner de voir ce premier traitement échouer au début presque complètement. Mais, le mois suivant, le médicament sera plus efficace, et si l'on continue six, sept et huit mois, on est à peu près sûr d'obtenir les meilleurs résultats.

"Dans le cas où il y a dysménorrhée," le traitement varie suivant les personnes. L'administration dans l'intensité et la durée des douleurs.

du sel calcique doit ici être soigneusement surveillée, la suppression ou la diminution des règles s'accompagnant d'une façon constante d'une exagération

On peut cependant obtenir quelques améliorations par l'association du CaCl₂ au seneçon vulgaire. Le seneçon sera prescrit sous forme d'extrait fluide à la dose quotidienne de XL gouttes (en deux fois); ces gouttes seront prises dans une cuillerée à soupe de potion au CaCl₂ contenant 10 centigrammes de ce sel. Cette médication, commencée deux à trois jours avant l'époque prévue, sera continuée pendant toute la durée des règles et prolongée encore quarante-huit heures après la fin de l'écoulement cataménial.

On peut donc conclure de ce qui précède: 1° Que le chlorure de calcium, agissant comme hémostatique local et sur la masse totale du sang, diminue l'exagération des pertes sanguines au moment des règles; et que celles-ci deviennent régulièrement normales après un traitement prolongé;

2° Que, malgré son action vasculaire toujours marquée, il ne saurait être efficacement employé dans les cas de dysménorrhée, dont il ne restreint ni la durée ni l'intensité du cycle douloureux;

3° Qu'enfin son usage est contre-indiqué chez toutes les personnes qui présentent un mauvais fonctionnement des reins.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Traitement de la péricardite aigue

M. Deguy, étudiant le traitement de la péricardite aiguë, rappelle un certain nombre de formules utiles. En voici quelques-unes:

Parmi les révulsifs, après les pointes de feu, la glace, on peut employer les légers badigeonnages de teinture d'iode ou frictionner avec l'un des "liniments" suivants:

Baume de Fioraventi.	ââ 15 grammes.
Alcool camphré.	} ââ 10 —
Laudanum de Rousseau.	
Teinture de belladone.	
Essence de térébenthine.	} ââ 5 —
Chloroforme.	
Ether acétique.	

On peut employer encore la formule suivante due à M. Huchard:

Alcoolat de genièvre. . . 120 grammes.
 — de lavande. . . 60 —
 Essence de térébenth. . . 30 —
 Teinture de benjoin. . . 10 —

S'il s'agit de péricardite rhumatismale, on pourra faire des badigeonnages avec de l'essence de Wintergreen, ou bien des frictions légères avec une pommade au salicylate de méthyle.

La formule suivante de M. Bourget (de Lausanne) est très recommandable:

Acide salicylique. } ââ 15 grammes.
 Essence de térébenthine. . . }
 Lanoline. } ââ 100 —
 Axonge. }

Il convient également de mentionner les compresses chloroformées qui produisent parfois une excellente révulsion, mais dont l'emploi doit être surveillé.

Quant au vésicatoire, ses avantages, qui sont cependant réels, ne sont pas proportionnés aux dangers qu'il fait courir au malade, à cause de son action sur l'épithélium rénal.

Outre la révulsion il faut agir sur le coeur et le tonifier.

Pour stimuler la contractilité du muscle cardiaque et relever la tension artérielle abaissée, la digitale est le médicament le plus sûr.

On peut l'administrer en macération selon la formule suivante:

Poudre de feuilles digitale. 0 gr 40
 Eau froide. 120 grammes.
 Sirop d'écorce d'oranges
 amères. 60 —

La même potion est continuée pendant cinq jours, en diminuant chaque jour de cinq centigrammes la dose de feuilles.

La forme pilulaire est également très pratique:

Poudre de feuilles de digitale.
 Calomel.
 Scille. ââ 0 gr 05

Par pilule.—Quatre par jour pendant trois jours, puis deux pendant trois autres jours.

Dans les cas de collapsus cardiaque, les injections sous-cutanées de caféine, d'éther, rendent les plus grands services.

Lorsqu'on aura administré la digitale, il sera bon

de maintenir et de continuer son effet au moyen de la spartéine administrée sous forme pilulaire:

Sulfate de spartéine. ââ 0 gr 05 centigr.
 Extrait de convallaria.

Par pilule.—Deux pilules par jour.

Ou bien encore en injections hypodermiques selon la formule:

Sulfate de spartéine. . . 1 gramme.
 Eau distillée. 50 —

Une à deux injections dans les vingt-quatre heures.

La médication caféinée, surtout chez les enfants, est très recommandable et peut être administrée soit en injections sous-cutanées préconisées depuis longtemps par M. Huchard, soit en potion selon la formule suivante:

Citrate de caféine. 1 gramme.
 Sirop de mûres. ââ 20 —
 Eau de laurier-cerise.
 Eau distillée. 80 —

La formule de sérum caféiné de M. Marfan est excellente à beaucoup d'égards:

Citrate de caféine. 0 g 75 centigr.
 NaCl. 2 g 50 —
 Eau distillée. 500 grammes.

On injectera 50 centimètres cubes de cette solution, et on renouvelera les injections si le besoin s'en faisait sentir.

Les stimulants diffusibles, comme la liqueur d'Hoffmann, l'acétate d'ammoniaque, les potions alcooliques trouvent également ici des indications précises.

D'autres indications thérapeutiques sont tirées de la nécessité d'évacuer le plus complètement possible les déchets de l'organisme et les produits microbiens. On ordonnera donc le régime lacté absolu, on emploiera les injections salines et les diurétiques.

La théobromine est un médicament de choix.

Théobromine. 0 g 40 centigr.
 Benzoate de lithine. . 0 g 10 —

Pour un cachet, 2 à 3 par jour.

Enfin, il faut faire dormir le malade (bromidia ou sulfonal).

Calmer les douleurs et l'éréthisme nerveux (bromure de potassium, antipyrine ou valériane d'ammoniaque). (" Journ. des prat.") L. G.

Pour prendre sans repugnance de l'huile de ricin.

Rosenberg (de Berlin) recommande, dit la "Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux (fév. 1902), quand on veut administrer de l'huile de ricin, de faireoucher avec les doigts le nez du malade et après avoir essuyé les lèvres de boire un peu de limonade pour chasser de la cavité buccale les restes d'huile qui adhéraient à la muqueuse. Alors seulement on peut respirer par le nez. Ce serait l'odeur de l'huile de ricin qui expliquerait la répugnance du malade. Par le procédé de Rosenberg, l'huile de ricin serait très bien acceptée et tolérée

De la levure de bière en thérapeutique

par M. DURAND

M. Durand (de Caluire) vient de publier une intéressante étude d'ensemble sur les applications de la levure de bière en thérapeutique.

Se gardant d'une généralisation trop hâtive et retenant seulement les faits cliniques indiscutables, il arrive aux conclusions suivantes:

1° Dans les furoncles, anthrax et toutes les dermatoses suppurées d'origine interne, comme l'impétigo, les folliculites sycoïformes, les orgelets, la levure de bière donne des résultats merveilleux et c'est là, suivant nous, dit M. Durand, sa véritable indication; elle agit dans ce cas comme un antiseptique interne d'une grande puissance.

2° Elle modifie aussi d'une façon très heureuse nombre de troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse (gastro-entérite infantile, fièvre typhoïde) en attendant la virulence des sécrétions intestinales par une action pour ainsi dire topique.

3° Enfin, en application locales, elle peut constituer dans certains cas un véritable pansement antiseptique (écoulements vaginaux, angines, suppurations cutanées, brûlures).

Nous n'essayerons pas, ajoute-t-il, de discuter quel peut être le mode d'action physiologique des ferments constitutifs de la levure de bière. Il y aurait là matière à des recherches bactériologiques intéressantes.

En restant sur le terrain purement clinique, nous constatons que ces ferments paraissent avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré, agent pathogène de la furonculose. Dans ce cas, leur action est exceptionnellement rapide et comparable à celle des sérums anti-toxiques et particulièrement du sérum anti-diphthérique.

Se comporteraient-ils de même à l'égard des

agents streptococciques? A ce propos, il serait peut-être intéressant d'essayer l'action de la levure sur les angines diphthériques associés où le sérum de Roux est souvent si peu efficace.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique trouve actuellement dans la levure un agent antiseptique puissant susceptible de modifier heureusement nombre d'états infectieux.

Quant au mode d'administration, la pharmacie a trouvé actuellement des procédés spéciaux de dessiccation de la levure qui en fait un produit stable, d'une conservation indéfinie, mieux supportée par l'estomac, sans altérer en rien le pouvoir fermentescible.

Les levures sèches se présentent sous forme d'une poudre de couleur marron, insoluble, mais facile à délayer dans un liquide quelconque.

On l'administre soit en poudre délayée dans de l'eau ou une boisson gazeuse qui en masque la saveur un peu fade, soit en cachets, soit en comprimés.

A l'intérieur, elle se prend à la dose moyenne de trois cuillerées à café par jour; en lavements, à la dose d'une bonne cuillerée à bouche délayée dans 150 grammes d'eau bouillie.

Il est toujours bon, avant d'employer une levure sèche, de s'assurer de sa valeur comme ferment en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25 à 35 degrés.

Si le produit est bon, la fermentation doit s'établir rapidement. Les levures à fermentation tardive ne possèdent qu'un ferment affaibli et ne sauraient donner de bons résultats."

(Gaz. des Hôp.)

PEDIATRIE

Traitement de la dysenterie aiguë des enfants par les lavements d'eau oxygénée

M. ROCAZ

Les médications internes préconisées (purgatifs, ipéca, opium) réussissent généralement dans les cas légers, mais échouent dans les formes graves dans lesquelles on a surtout conseillé les lavements médicamenteux destinés à agir sur les ulcérations du gros intestin. Le nitrate d'argent est encore en vogue, mais il est d'un maniement difficile. M. Rocaz a employé, dans une épidémie grave de dysenterie aiguë qui a sévi dans les environs de Bordeaux, l'eau oxygénée en deux ou trois lavements quotidiens. Il a employé de l'eau oxygénée à 10 volumes étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède.

Ces lavements antiseptiques étaient, autant que

possible, précédés d'un grand lavement évacuateur. La quantité de liquide injectée dans le rectum était naturellement subordonnée à l'âge du malade, mais elle l'était encore davantage à la tolérance du gros intestin. Il est évident, en effet, que pour être efficace ce lavement doit être gardé le plus longtemps possible; il doit, en outre, pénétrer profondément et, dans ce but, il est bon d'employer une sonde un peu longue, mais très souple, car il ne faut pas oublier, en effet, que le maximum des lésions dysentériques siège au niveau du rectum et que tout traumatisme de cette région est très douloureux, sinon dangereux. Enfin, il est bon de faire coucher les malades après l'administration du lavement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, afin que le liquide puisse baigner tout le colon.

Administrés avec ces précautions, les lavements d'eau oxygénée sont très facilement supportés; ils ne provoquent aucune douleur, et M. Rocaz a pu en faire administrer une cinquantaine à une fillette de huit ans, sans qu'elle s'en fût jamais plainte.

M. Rocaz a pu communiquer les résultats suivants à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Sur une dizaine de malade de deux à douze ans, les bons effets du traitement se sont fait sentir dès les deux ou trois premiers jours. Les selles ont vite changé d'aspect, renfermaient moins de pus et de sang; elles étaient de moins en moins fréquentes et le sphincter reprenait sa tonicité. Pour être sûr de la guérison, il est nécessaire de continuer la médication quelques jours après la disparition des accidents.

M. Rocaz croit que les lavements d'eau oxygénée sont particulièrement indiqués dans les formes graves.

De tels faits méritent d'attirer l'attention des praticiens. ("Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 15 déc. 1901.)

L. G.

Eczéma seborrhéique et son traitement chez l'enfant (BRUNON)

I. — Régler l'alimentation de l'enfant en surveillant attentivement la qualité et la quantité du lait, la régularité des repas, etc.

Chercher à réaliser l'antisepsie gastro-intestinale, autant que faire se peut, en donnant le benzonaphtol plusieurs fois par jour et un laxatif "léger," quotidien, pendant la première semaine (huile de ricin, ou calomel, ou poudre de réglisse composée).

Mais si on comptait sur le traitement général seul on pourrait attendre longtemps la guérison; le traitement local a une importance extrême, malheureusement son application peut quelquefois être très difficile.

II.—Trois considérations dominent la question: d'abord le médecin doit appliquer le traitement lui-même, comme le chirurgien fait lui-même les pansements de ses opérés.

Il est impossible que la mère ou la domestique de l'enfant appliquent exactement un pansement dont on leur a donné simplement la description. Souvent les succès thérapeutiques d'un médecin n'ont pas d'autre secret: il a opéré lui-même.

Deuxième considération: "craindre les antiseptiques." L'abus qu'on en fait depuis quelques années pousse fatalement à appliquer, sur n'importe quelle dermatose et à n'importe quelle période, des substances irritantes, incendiaires, comme le dit Brocq, qui nuisent au malade en aggravant la maladie et retardant la guérison.

En troisième lieu: il faut d'abord supprimer ou diminuer le prurit, empêcher le grattage, enfermer l'eczéma comme le chirurgien enferme la plaie qu'il panse.

L'auteur insiste sur sa technique du traitement local:

1° Couper les cheveux avec des ciseaux courbes tous les 3 ou 4 jours;

2° Couvrir la tête d'une calotte faite avec des compresses de tarlatane (6 ou 8 épaisseurs) imbibées d'eau amidonnée tiède. Recouvrir avec de la baudruche Hamilton et fixer avec une bande de toile (et non de tarlatane qui durcit par la dessiccation);

3° "Ne pas se hâter de cesser les applications humides." Tout au contraire, les continuer 6, 8, 10 jours jusqu'à disparition du prurit et cessation du grattage, car le grattage c'est l'ennemi.

Quand on enlève la calotte, la tête dégagera une odeur fétide: ne pas s'en préoccuper plus qu'on ne se préoccupait de l'odeur infecte des plaies dans le pansement de Guérin;

4° Se bien garder de faire des lavages et des lotions: elles retardent la guérison. Se garder également de donner des bains; les bien donner est si difficile qu'il vaut mieux s'abstenir (Brocq);

5° Dans l'intervalle de quelques minutes qui sépare les deux pansements (l'ancien et le nouveau), surveiller attentivement l'enfant, car à ce moment le prurit est intense; et, d'un seul coup, il peut détruire le travail de réparation effectué par deux ou trois pansements;

6° Quand tout symptôme inflammatoire a disparu (rougeur, tension, aspect oedémateux), les croûtes sont tombées depuis longtemps, le cuir chevelu est décapé: à ce moment tenter d'une main légère un lavage avec de l'eau bouillie ou de panama. Saupoudrer avec de la poudre de talc pour voir les surfaces à sec le jour suivant;

7° Les topiques sont alors utiles, ils sont indispensables si l'eczéma est ancien. Les pommades soufrées ou cadiques sont celles qui ont donné le plus de satisfaction. On formulera la dose de substance active suivant chaque cas.

Pour l'eczéma des régions glabres le soufre et l'huile de cade peuvent être trop actifs, on pourra alors employer l'oxyde de zinc et l'acide salicylique à petite dose.

D'ailleurs le médicament employé est peut-être assez indifférent en lui-même. Le succès est dans la médication, c'est-à-dire dans la régularité du pansement et dans l'opportunité du topique quel qu'il soit.

(*Ann. de thérap.*)

HYGIENE

Secouage des tapis aux fenêtres.

Après le balayage à sec des escaliers des habitations ouvrières, alors que du cinquième dégringole sur la tête et les épaules les balayures épaisses et diverses, je ne sais rien de plus dégoûtant que le secouage des tapis et descentes de lit par les fenêtres.

On peut faire l'éducation hygiénique des concierges pour peu que le médecin ou le propriétaire s'en mêlent et on obtient le lavage des escaliers et l'essuyage avec le torchon mouillé—mais allez donc faire l'éducation hygiénique des bonnes et des locataires de chaque maison des rues !

Il y a, il est vrai, des règlements de police municipale, mais combien il est difficile de les faire observer!—quelle sanction à ces délits, plus sérieux qu'on ne pense?—combien de procès-verbaux sont-ils dressés?— Il y en a peu parce qu'il y en aurait trop.

D'ailleurs, ces règlements de police sont insuffisants et la "défense" après dix heures du matin est à une heure trop tardive—sans compter qu'il est permis ou toléré de secouer à peu près tout ce que l'on veut, aux heures réglementaires.

Pourtant, nous l'avons déjà dit: à propos d'hygiène, il faut des règlements,—une sanction inflexible aux contraventions relevées, sinon il n'y a rien de fait, et ces règlements ne servent qu'à satisfaire les fantaisies ou les rancunes des agents chargés de les faire exécuter.

On verbalisera aujourd'hui,—on ne verbalisera pas demain. On fermera l'oeil ici,—on l'ouvrira là.

On donnera ainsi aux mesures d'hygiène l'allure de tracasseries qu'elles n'auraient point si elles étaient uniformes et rigoureusement appliquées à tous.

Les sanctions sont nécessaires, indispensables même, quoiqu'on en dise; car si l'éducation hygiénique porte ses fruits chez beaucoup de citoyens, il en est d'autres, dont il faut vaincre la mollesse, l'indifférence ou le scepticisme par des arguments matériels.

Pour en revenir à nos moutons, c'est-à-dire au secouage des tapis par les fenêtres, il n'est que trop facile d'en faire comprendre les inconvénients au point de vue de l'hygiène publique.

Imaginez ce qui tombe des tapis et descentes de lit d'une chambre habitée par des locataires "non malades:" poussières, plumes, cheveux, poils, laines, fils, "moutons" des bons coins, insectes, allumettes, résidus organiques des ongles et des orteils, etc., etc.

Imaginez alors ce qui tombe lorsqu'il s'agit de chambres de "malades:" toute l'énumération plus haut, puis les produits desséchés d'excrétions, de desquamation, quelquefois de pansements, avec la circonstance aggravante que des contagions diverses s'en suivent.

Je ne puis songer à ces poussières sans frissonner de dégoût, et le claquement d'un tapis au-dessus de ma tête, pendant une tournée matinale, me fait fuir au milieu de la chaussée, en secouant mon paletot avec répugnance, en renversant et tapotant mon chapeau, en préférant cent fois le danger des auto et des tramways électriques à celui-là.

Bien mieux, on en mange. Tous les produits de la devanture des épiciers, de l'étal des boucheries, en sont couverts sans qu'il y paraisse.—Les tables des limonadiers et l'étalage des merciers en ont aussi leur part.

Que les médecins qui ont une voiture; que les placiers et les commerçants dont le coupé s'arrête le long du trottoir élèvent la voix pour me contredire, lorsque j'avancerai que les bonnes choisissent et attendent même le moment où la voiture est arrêtée sous leurs fenêtres, pour secouer leurs tapis sur l'équipage et faire... crier le cocher: quelle bonne farce!... Farce macabre qu'il faut empêcher comme on doit empêcher toutes les farces et brimades dangereuses et brutales.

A part le côté bonne ou mauvaise farce, il y a l'habitude générale prise de contrevenir plus ou moins aux mesures de police, qu'il faut faire perdre au plus vite et à tout prix—à n'importe qui.

("Le Concours Médical.")

Supplément Littéraire

LE DR GILBERT

par M. le Dr JEHIN-PRUME (Montréal)

(Suite.)

Le jeune médecin jeta un regard rapide autour de lui, explorant ainsi la route de Morsebiec et celle du château. Devant lui un cheval emporté avançait avec une rapidité vertigineuse, sur ce cheval était une femme dont les cheveux blonds volaient au vent.

Gilbert compris vite le danger car le cheval affolé se dirigeait tout droit vers la falaise, c'est-à-dire vers la mort. N'écouterant que son courage, le jeune homme se précipitant en avant et au risque de sa vie saisit au vol une des rênes et se laissa traîner sur une longueur de plusieurs mètres. Enfin l'animal s'abattit à quelques pieds du gouffre et Gilbert triomphant, saisit dans ses bras, la jeune femme qui venait de s'évanouir.

Précieusement il la déposa sur le gazon qui bordait le chemin, et après avoir dégagé les vêtements qui eussent pu nuire à la respiration, il se mit à examiner celle qu'il venait de sauver.

C'était une jeune fille, pouvant avoir dix-huit ans, elle était blonde, et des traits fins et délicats dénotaient une beauté touchant jusqu'à l'idéal.

Enfin la respiration se rétablit, la poitrine de la belle enfant se souleva et ses yeux s'ouvrirent. Son regard tout d'abord étonné se porta autour d'elle, puis se soulevant :

"Où suis-je ?" dit-elle.

Puis, soudain, la mémoire revenant, elle jeta sur son sauveur un regard de reconnaissance :

"Monsieur, je vous dois la vie, veuillez croire que je n'oublierai jamais ce que vous venez de faire pour moi."

"Mademoiselle," répondit Gilbert, "Je n'ai en somme fait mque mon devoir, et tout autre homme à ma place en eut fait autant."

"Vous avez fait plus que votre devoir, car pour moi vous venez de risquer votre vie."

La jeune fille ajusta sa robe en rougissant et se dirigea vers son cheval qui broutait paisiblement l'herbe comme si rien ne fût arrivé.

"Viens, pauvre fou," dit-elle, en caressant l'animal, et tâche d'être plus sage à l'avenir et de ne plus t'effrayer d'un rien.

Gilbert ajusta la selle et aida a la jeune fille à monter sur son cheval.

"Encore une fois, monsieur, croyez à mon éter-

nelle reconnaissance."

Et, saluant Gilbert de sa cravache, la belle amazone disparut au détour du chemin.

Tout ceci avait pris fort peu de temps et le médecin était à peine revenu de son émotion, que de nouveau il se trouvait seul sur la falaise du "Trou du Diable." Peu de mots avaient été échangés entre lui et elle, et aucun d'eux n'avaient songé à dire son nom.

Qui donc peut-elle bien être? se demandait le médecin; j'ai été bien sot de ne pas le lui demander, ou tout au moins de lui dire qui j'étais. Bah! fit-il en continuant sa route vers le village, que m'importe après tout cette femme, je l'ai sauvée, c'est vrai, et puis après... et il se prit à fredonner: "Je voudrais bien savoir quel était ce jeune homme, si c'est un grand seigneur et comment il se nomme."

Arrivé chez lui, Gilbert se rendit à son cabinet, et prenant un ouvrage de médecine, il essaya de travailler, mais pour la première fois peut-être son cerveau se refusa à toute application.

Qui donc peut-elle bien être? se demandait-il.

La vieille Nanette, vint l'appeller pour le diner, mais Gilbert ne toucha presque à rien. La vieille domestique le regardait, inquiète.

N'aimez-vous donc pas le diner aujourd'hui, monsieur le docteur?"

"Mais si, mais si," répondit Gilbert, il est excellent."

"Alors pourquoi ne le mangez-vous pas?"

"Je n'ai pas faim."

"Seriez-vous malade?"

"Non, Nanette, je ne suis pas malade, mais j'ai rencontré la dame du "Trou du Diable."

"La dame du "Trou du Diable," s'écria Nanette en reculant d'un pas, mais connaissez-vous la légende?"

"Quelle légende?" demanda Gilbert.

"Est-ce que je la sais, moi, dit Nanette, "ce diable de pays n'est plein que de cela, chaque pierre, chaque arbre a son histoire."

Gilbert lui raconta son aventure sans omettre un détail.

"Seriez-vous amoureux?" dit Nanette en riant.

"Moi, amoureux!! en voilà une bonne, amoureux d'un fantôme dont je ne connais ni le nom ni l'adresse."

"Oh! oh!" dit Nanette, en secouant sa tête grise, ce sont quelquefois les plus dangereux, car ces antômes là, docteur, ont pour eux une grande chose, le charme du mystère. Voyons, monsieur Georges, voyez cette côtelette comme elle est belle et sent bon, et ces petits pois tous frais, vers comme des émeraudes, tendres comme du beurre et sucrés comme du miel.

“ Non, je n'ai pas faim.”

“ Voyons, Monsieur le Docteur, pour faire plaisir à la vieille Nanette ?”

Gilbert poussa un soupir.

“ Allons, soit, pour te faire plaisir....et la fourchette et le couteau levés....”

“ Qui donc peut-elle bien être ?”

III.

Le château de Morsebiec était, comme nous l'avons vu, une vieille demeure féodale dont l'origine se perdait dans la nuit des temps. C'était une habitation lourde et puissante, qui faisait songer à ces anciens preux bardés de fer, à ceux, en un mot, qui eurent la conception de ces châteaux moitié forteresse, moitié palais.

Celui de Morsebiec dominait la mer et la campagne, ses archives disaient qu'il avait eu à subir plusieurs sièges et sous la révolution avait servi de refuge à un grand nombre de conspirations royalistes.

Il est incontestable que les chocs de l'histoire ajoutés à ceux des siècles avaient considérablement miné les antiques murs de Morsebiec, et aujourd'hui, une portion seulement du château était habitable. Il faut avouer que cette portion était encore assez respectable, surtout qu'elle n'abritait que deux membres de la famille de Morsebiec et environ cinq à six domestiques.

La comtesse de Morsebiec était veuve d'un ancien officier de marine, le capitaine de vaisseau de Codeic de Morsebiec, tué au Tonkin, dans cette horrible embuscade dans laquelle le commandant Rivières trouva la mort. A la mort de son époux, la jeune châtelaine resta seule avec une fillette, la petite Yvonne, qui était aujourd'hui âgée de dix-neuf ans.

La vie au château était aussi monotone qu'il soit possible de l'être, la comtesse passait son temps en oeuvres de charité et Yvonne partageait le sien entre la musique et l'équitation.

Souvent, le soir, quelques fidèles venaient passer la soirée, entre autres le vieux notaire Duvandois. C'étaient alors d'interminables parties de piquet ou de bésigue, jeux dans lesquels la comtesse et le notaire partageaient le championnat. Quant à Yvonne, elle se plaisait surtout à jouer sur son Pleyel quelques belles pages de Beethoven ou de Schumann. Puis les soirs d'hiver on servait l'indispensable tasse de thé, que la comtesse aimait à faire elle-même dans un samovar.

Madame de Morsebiec, quoique sans hauteur, avait conservé toutes les traditions de la vieille noblesse, mais sa bonté était si grande, sa charité si inépuisable, que la grande dame était si non la reine, mais du moins l'amie, pour ne pas dire le bon ange

de chaque chaumière. Yvonne suivait souvent sa mère dans ses visites de charité, mais c'était surtout le grand air de la mer, la liberté à travers la campagne qui seyait le mieux à son caractère. Le matin, de bonne heure, elle montait à cheval, et nouvelle “Wal-kyrie,” elle chevauchait à travers champs et buissons. C'était d'interminables courses folles; souvent il lui arrivait de légers accidents, mais de peur d'être grondée de sa mère, elle préférait se taire. C'est, du reste, ce qui arriva pour celui du “Trou du Diable,” car on a déjà deviné, que celle qu'avait sauvé le docteur Gilbert, n'était autre que mademoiselle Yvonne de Morsebiec.

N'allant jamais au village, il n'était pas surprenant que Melle de Morsebiec ignorasse la présence du médecin. D'un autre côté, Gilbert avec ses habitudes de solitude, n'avait jamais songé à rendre visite aux châtelaines de Morsebiec.

Yvonne tout comme Gilbert, lorsqu'elle fût seule après l'accident, songea à l'oubli qu'elle avait fait en ne demandant pas le nom de celui qui venait de la sauver. Elle tourna bride et revint au “Trou du Diable,” mais le jeune homme avait disparu. Alors toute rêveuse elle revint au château, et comme si rien n'était, elle questionna les domestiques. Ceux-ci répondirent qu'ils ne connaissaient personne dans le pays répondant au signalement que leur donnait la jeune fille.

Yvonne y pensa pendant plusieurs jours, puis finit par se persuader que son sauveur n'était autre qu'un étranger, chassant par hasard ce jour-la, sur les bords du “Trou du Diable.”

Un mois s'était écoulé depuis l'évènement que nous venons de raconter, on était alors en octobre, la mer était grosse et le vent faisait rage. Dans le château, la comtesse de Morsebiec, Yvonne et Maître Duvandois passaient paisiblement la soirée dans le petit salon particulier de la comtesse. Yvonne, suivant son habitude, était au piano, elle déchiffrait une partition nouvellement reçue de Paris et près de la cheminée madame de Morsebiec et le notaire faisaient un bésigue monstre.

“ Mariage en coeur, madame la comtesse, ce qui me donne dix,” et le notaire avança d'un cran l'aiguille de sa carte à compter.

“ Vous êtes fort sur les mariages, mon cher Duvandois, vous me remettez en mémoire une comédie que j'ai vue à Paris, si je me souviens bien, cela se nommait ‘l'Ami Fritz.’”

“ De Herkmann-Chatrion ?”

“ Justement, et il y avait, je crois, un certain rabin, le père, le père....”

(A suivre.)

Travaux Originaux

DE L'EMPLOI DE L'HUILE D'OLIVE STERILISE DANS LES OPERATIONS ABDOMINALES

Par M. T. BRENNAN, M. D.,

*Professeur de gynécologie à l'université Laval ;
gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.*

Il y a au-delà d'une douzaine d'années, j'ai employé pour la première fois l'huile d'olive dans les opérations abdominales. C'était, pour ainsi dire, encore à la période préantiseptique, si l'on compare avec aujourd'hui. C'était à la suite de la lecture d'un cas rapporté par un médecin de l'ouest des Etats-Unis—son nom m'échappe—qui s'était imaginé, en employant de l'huile d'olive, prévenir les adhérences entre les organes pelviens et abdominaux.

Depuis ce temps, à maintes reprises, j'ai employé cet agent, dans des laparotomies surtout. Depuis une couple d'années, je m'en suis servi davantage et je crois en avoir retiré de grands bénéfices.

Je l'emploie dans les cas où une opération laisse des surfaces avivées, où il y a de la lymphe d'épanchée, où les intestins sont déjà irrités, enflammés, où il y a de la péritonite.

Mon but principal en m'en servant est de calmer l'inflammation existante et de prévenir des nouvelles poussées; en sus, je crois, que cette huile prévient le développement des germes et finalement est absorbée et sert à la nutrition du patient.

Son emploi facilite certainement l'enlèvement des gazes de drainage, qui aussi sortent encore plus aisément avec l'aide du peroxide d'hydrogène.

Cette huile est stérilisée à l'autoclave—chez moi, sous une pression de 15 livres, à une température 250 degrés Fahrenheit.

La quantité à employer varie beaucoup; j'en ai déjà laissé jusqu'à 600 cc. dans le ventre. Toutes les mèches à drainage en sont toujours fortement imbibées; même quand je ne draine pas, je verse l'huile dans le ventre ou je l'applique avec une petite compresse, puis, avec la main ou les doigts, je la porte au contact de tous les organes pelviens, (surtout les intestins), ayant soin de bien en enduire toutes les surfaces dénudées ou recouvertes d'exsudats.

Pour moi, actuellement, cette méthode est d'un

usage journalier, et je crois banal de rapporter des observations où son emploi m'a semblé jouer un rôle prépondérant dans la guérison de cas les plus graves, et où je crois que j'aurais eu des complications les plus fâcheuses—peut être mortelles—si je ne l'eusses pas employée.

Dans les annexites graves adhérentes, purulentes, dans les péritonites, dans les appendicites adhésives et suppurées, et dans plus d'une autre circonstance, j'en ai retiré des effets les plus encourageants.

HAUTS FAITS DE LA COMPAGNIE DES MEDICINES PATENTEES FRANCAISE.

Nous publions plus loin deux lettres qui nous sont adressées par MM. les professeurs Bouchard et Albert Robin de la Faculté de Médecine de Paris. Ces lettres sont des appréciations justes, on en conviendra, d'une étrange spécialité pharmaceutique connue sous le nom de "Pulmolyse", mise en vente par la Compagnie des Médecines Patentées Françaises dont M. G. de Werthemer est le propriétaire. Nos lecteurs se sou-

INSTITUT ORGANOTHERAPIQUE PARIS.

PULMOLYSE

TONIQUE PULMONAIRE DU Dr GRASSET.

COMPOSE d'EXTRAIT FRAIS de POU MON de
MOUTON de SERUM ARTIFICIEL de CHLO-
ROFORME de GLYCERINE et de MENTHOL

Expérimenté avec succès constant dans les Hôpitaux

PRECONISE PAR MMRS. LES PROFESSEURS
BOUCHARD, DEMONS, BINAUD, ARNOZAN,
DEMONTPELLIER, HENOCQUE, G. BEE,
CHOPINET, ROBIN, SCHUTZE, PAULY, ETC., ETC.

CONTRE LA

Tuberculose au 1er et 2e degré les Bronchites et les
Broncho-Pneumonies, Simples ou Infectieuses,
dans la Grippe Catharale.

Pleuresies Sèches ou avec Epanchement.

— etc —

DOSES à prendre dans l'intervalle des repas,
Pour les adultes, 2 à 5 cuillerées à soupe par jour.
Pour les enfants, 3 à 5 cuillerées à thé et même plus
chez certain qui le supportent très bien.

PRIX du FLACON, 5 Francs.

AGENCE EXCLUSIVE POUR LE CANADA

COMPAGNIE des MEDICINES PATENTEES
FRANCAISES

286, rue St-Denis, MONTREAL.

viendront sans doute d'avoir vu, il y a quelques mois, des réclames pour cette spécialité dans les pages de de "L'Union Médicale du Canada". Inutile d'ajouter que la bonne foi de notre excellent confrère a dû être surprise. L'étiquette de la préparation en question, que nous reproduisons, laisse croire que cette panacée est préparée à l'Institut Organo-Thérapique de Paris. Or si on consulte le Bottin de Paris, on constate que cette belle institution n'y est pas même mentionnée.

Quand donc va-t-elle finir cette comédie ?

53, Boulevard de Courselles.

Paris, février, 1902

Très honoré confrère,

J'ai reçu le journal "La Revue Médicale du Canada" et la lettre que vous avez bien voulu m'envoyer.

Tout ce que je puis vous dire, c'est que non seulement je n'ai autorisé personne à se servir de mon nom pour vanter le produit dont il s'agit, mais que j'ignorais même son existence.

Veillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués,

ALBERT ROBIN.

Menival, Route de Fréjus, Cannes.

Très honoré Confrère,

Je vous suis infiniment reconnaissant de la peine que vous avez prise de me signaler cette méprisable réclame et vous suis gré d'avoir jugé comme il le mérite l'abus qui a été fait de mon nom. Je n'a pas besoin de dire que je n'ai jamais employé cette étrange mixture ; mais si je le disais, l'industriel qui la vend ne manquerait pas de répondre qu'il y a eu un autre professeur Bouchard, celui de Bordeaux, lequel est mort et ne pourra pas se défendre. Il est assurément fort désagréable de voir son nom exploité par certaines gens ; mais à vouloir les démasquer on risque de leur faire une nouvelle réclame. Ceux qui me connaissent ne seront pas offusqués. A ceux qui ne me connaissent pas, si vous avez l'occasion de dire un mot de vérité je vous en aurai une nouvelle gratitude.

Veillez, très honoré confrère, agréer l'ex-

pression de mes plus dévoués sentiments,

BOUCHARD.

Février, 1902.

Je vous écris de Cannes où je prends quelques repos et où votre lettre m'a été renvoyée.

Nous n'avons pas la naïveté de croire que la publication des lettres des distingués professeurs Robin et Bouchard convaincra tous les médecins canadiens que l'on se moque d'eux en certains endroits et que l'on fait des gorges chaudes sur leur compte à l'étranger. Il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de pires aveugles que ceux qui ne veulent pas voir. A ceux-ci, qui par intérêt ou pour toute autre raison ne veulent pas se rendre à l'évidence, nous réservons des surprises qui leur feront tomber les écailles des yeux.

Nous attirons l'attention sur une lettre circulaire adressée aux médecins canadiens et signée J. FAUDON CHEF DU GROUPE CANADIEN A PARIS ET REPRESENTANT DE "L'UNION MEDICALE DU CANADA". Cette lettre est une insulte grossière aux pharmaciens. Nous en avons causé avec plusieurs de ces derniers, et tous en sont venus à la conclusion que notre article sur le pauvre sire dont il est question, l'a si bien démasqué, que c'est du temps perdu que de s'en occuper davantage. De plus M. Faudon est déjà complètement ruiné dans l'estime des médecins DÉsINTÉRESSÉS. Par sa lettre circulaire nous sommes portés à croire que notre distingué concitoyen, l'Honorable M. Fabre n'est plus notre représentant, M. Faudon lui conteste ce titre puisqu'il se déclare Chef du groupe Canadien !!!

La savant chimiste ??? réclame aussi le titre de représentant de "L'Union Médicale du Canada". Il en a probablement le droit vu que notre confrère ne proteste pas. Nous ajoutons que personne ne lui enviera son représentant.

Nous comprenons qu'il est difficile d'exiger des éditeurs de journaux de médecine, qu'ils fassent une analyse des produits qu'on leur propose d'annoncer, mais nous comprenons également, que quand l'on démontre à un journal qu'on a surpris sa bonne foi et qu'on lui prouve que ses annonceurs se moquent de ses lecteurs, le devoir du journaliste est tout tracé. Il doit des excuses à ses lecteurs et doit mettre une fin à ses relations avec les faiseurs qui l'ont trompé.

Revue des journaux

MEDECINE

Traitement de fièvre typhoïde

Les docteurs Cavazzani et Lucchesini préconisent l'emploi de l'iode uni à l'iodure de potassium dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Cette médication ferait baisser rapidement la température des fébricitants, elle les mettrait à l'abri de l'ataxie, elle donnerait à la maladie une évolution plus favorable et en abrégérait la durée.

La formule recommandée par les auteurs est de 70 centigrammes d'iode métallique et 7 grammes d'iodure de potassium par 10 grammes d'eau.

On donne à un adulte vingt gouttes de cette solution dans 400 grammes d'eau sucrée ou de lait à prendre dans le courant de la journée. Pour les enfants la dose administrée est moindre, c'est deux à cinq gouttes qu'il faut donner dans les 24 heures.

Dans les fièvres typhoïdes graves on a recours aux injections hypodermiques d'une solution de dix centigrammes d'iode et un gramme d'iodure de potassium dans dix grammes de glycérine, solution additionnée de deux grammes de gâicol. On fait tous les jours une ou deux injections d'un centimètre cube de ce mélange. Le gâicol empêche ces injections d'être douloureuses.

(*Journ. de méd. de Bordeaux*)

La douleur des pieds chez les typhiques

MM. Lyonnet et Péhu font une étude d'ensemble de ce symptôme que l'on rencontre assez fréquemment chez les typhiques, surtout quand ils sont traités par les bains froids.

Ce sont surtout des malades jeunes, des femmes, des névropathes qui présentent ce phénomène. En général, c'est vers la fin de la maladie qu'on le constate; il semble le plus souvent coïncider avec une heureuse terminaison.

Le point sur lequel insistent tout particulièrement MM. Lyonnet et Péhu c'est la pathogénie.

Ils s'élèvent contre l'idée qui a été récemment soutenue dans une thèse de Paris, où l'on parle de myélite, de thrombose artérielle.

Ils pensent qu'il s'agit là de petites névrites des dernières extrémités nerveuses. Ils discutent le rôle de la toxine typhique, de la balnéation, et aussi de l'alcool souvent donné à fortes doses chez ces malades qui n'y sont que peu accoutumés.

Ils conseillent les applications de salicylate de méthyle.

(*Lyon méd.*)

Influence de l'estomac sur l'état mental

M. le Dr. Lucien Pron, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude de l'influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques.

Dans cette patiente et intéressante étude, M. Pron montre, pas à pas, les liens intimes qui réunissent ces deux importants foyers d'activité.

Tout d'abord, dit-il, il ne faut pas oublier que l'estomac est relié anatomiquement au cerveau, directement par le grand sympathique et indirectement par la moelle. Cette union, permet de comprendre l'action que le plexus solaire, à l'état de santé et surtout à l'état de maladie (dyspepsie), exerce sur les fonctions psychiques. Chaque aliment imprime au plexus solaire une excitation qui lui est propre et qui est immédiatement transmise au cerveau. Le caractère et l'état psychique des divers peuples et des individus ne varient-ils pas avec leur genre d'alimentation ?

Inversement, le manque d'aliments produit chez l'homme sain, certains troubles légers; chez certains dyspeptiques, dont la faim est exagérée, l'absence d'aliment rend le sujet incapable du moindre travail intellectuel et engendre de profondes modifications du caractère.

Le jeûne détermine l'apparition d'hallucinations et de cauchemars, se rapportant à l'acte de manger.

L'inanition, fait d'ordre général, est capable de produire le délire et la folie.

La dyspepsie, dont tous les symptômes si divers sont régis par le plexus solaire, et qui s'installe à la faveur d'un mauvais équilibre héréditaire du système nerveux, engendre des troubles psychiques sérieux, d'abord intermittents, puis continus.

Dans le domaine de l'âme affective, on note la tristesse, la mélancolie hypochondriaque, l'irascibilité, l'émotivité, l'angoisse, la peur de mourir, différentes phobies, l'excitation ou la froideur génitale, l'idée de suicide.

Dans le domaine de l'âme intellectuelle et volontaire, on trouve les cauchemars, les terreurs nocturnes, l'inattention, l'obnubilation intellectuelle, l'amnésie, l'aboulie, l'aphasie, le vertige, les hallucinations, les idées fixes, le délire aigu, la folie.

La théorie de l'auto-intoxication est insuffisante pour expliquer certains de ces troubles qui apparaissent ou disparaissent brusquement; l'accord est du reste loin d'être fait sur la valeur à attribuer à la toxicité du contenu gastrique des dyspeptiques.

Au contraire, la théorie réflexe explique à peu près tous les phénomènes morbides; elle est de plus d'accord avec l'invasion de la maladie et la marche de la guérison qui consistent essentiellement en phénomènes intermittents et périodiques.

Un traitement basé sur cette théorie et consistant surtout dans un régime alimentaire sévère, auquel on joindra, avec avantage, certaines règles d'hygiène, permet au plexus solaire de retrouver sa vitalité et son équilibre; à mesure que les phénomènes gastriques s'amendent, les troubles psychiques diminuent d'intensité et de fréquence et finissent par disparaître.

(*Le concours médical.*)

Enteroptose et rein mobile

D'après M. le Dr. Frantz Glénard, dans le "Progress Médical," les caractères fondamentaux de l'Entéroptose, ceux qu'on rencontre à toutes les phases, du début à la fin de son évolution, sont les suivants:

Symptômes subjectifs: faiblesse; malaise au mésogastre, maximum à 3 heures du soir; aggravation par les graisses, féculents, crudités, le vin, le lait; constipation; insomnie médionocturne.

Signes objectifs: diminution de tension de l'abdomen, délimitation palpable du coecum, épreuve et contre-épreuve de la sangle positives.

Le traitement comporte l'application simultanée des quatre agents fondamentaux suivants: sangle élastique, d'un modèle spécial, et aujourd'hui bien connu, qui est dans le domaine public,—laxatifs salins quotidiens, 7 grammes de sulfate de soude, et éventuellement 5 à 10 centigrammes d'aloès—régime carné,—bicarbonate de soude et, dans le cas de crises paroxystiques, bien que non calculeuses le plus souvent, cures usitées contre la lithiase biliaire.

Comme traitement adjuvant, l'hydrothérapie froide est sûrement et constamment efficace.

De tout ceci il résulte que le rein mobile, dans la maladie où on le rencontre le plus fréquemment, l'entéroptose, n'est qu'un épiphénomène sans valeur pathogénique. Les caractères considérés comme pathognomoniques: tiraillement, sensation de boule migratrice dans l'hypochondre droit, ont une origine intestinale: caecum ou première anse du côlon; dans les cas de rein mobile où on ne trouve pas les signes d'entéroptose, ou bien c'est qu'on les a mal cherchés, ou bien cette maladie existe à l'état latent, (période de début, de déclin ou de compensation), ou bien il s'agit d'une mobilité consécutive à une maladie propre du rein. Les indications opératoires du rein mobile sont les mêmes que celles du rein malade sans mobilité, de même les indications opératoires de l'en-

téroptose ne diffèrent pas de celles des affections digestives sans entéroptose.

L'entéroptose est admise aujourd'hui comme maladie spéciale, comme espèce morbide, dans tous les centres scientifiques. M. Glénard affirme, après quinze années de contrôle personnel, que cette interprétation pathogénique de certaines maladies indéterminées, parmi les dyspepsies ou névropathies, ou maladies déterminées à tort comme maladies causées par l'ectopie ou la mobilité des viscères, rein mobile, foie mobile, rate mobile, dilatation d'estomac, rend tous les jours dans la pratique, où cette maladie se rencontre fréquemment, d'incomparables services.

(*Le concours médical.*)

La toux de compression et sa valeur pour le diagnostic des rétrécissements des bronches.

M. Garel fait une communication sur "la toux de compression, et sa valeur pour le diagnostic des rétrécissements des bronches." Il s'agit de la toux coqueluchoïde à fausses reprises inspiratoires, dite encore toux de chien, toux férine, toux nerveuse. Cette toux n'a pas son origine dans le larynx, mais elle est caractéristique des compressions bronchiques. Elle est très fréquente, mais non constante dans les tumeurs du médiastin qui ne la provoquent que dans le cas où elles compriment les bronches.

M. Garel insiste sur le caractère sonore et caverneux de cette toux. Son attention a été attirée sur elle par sa coexistence fréquente avec les goîtres plongeants, et il a pu confirmer son importance diagnostique en vérifiant par la radiographie ou la radioscopie l'existence de tumeurs du médiastin diagnostiquées par lui à la seule audition de la toux, avant tout examen clinique des malades. Il fait toutefois observer que la radiographie n'est pas toujours positive, même lorsqu'il existe une tumeur médiastinale. Chez les jeunes sujets on rencontre surtout des adénopathies, chez les adultes des anévrysmes de l'aorte, des tumeurs cancéreuses, etc.—M. Garel affirme que chez ces malades l'auscultation est souvent négative, que la matité inter-scapulaire est d'une constatation difficile, que par suite la toux de compression a une importance considérable pour le diagnostic. Elle existe déjà alors que tous les autres signes de tumeur du médiastin font encore défaut.

(*Lyon méd.*)

Meralgie parasthésiques.

par M^c XAHANE

L'auteur fait dans cet article une revue générale

de cette affection, qui, signalée pour la première fois en 1895 par Bernhardt de Berlin, a été décrite et appelée de ce nom par Roth, de Moscou.

Les symptômes principaux sont des paresthésies, des anesthésies et des douleurs localisées dans le territoire du nerf fémoro-cutané externe, au niveau de la branche qui innerve la partie externe et antérieure de la cuisse. Comme paresthésies, les malades accusent de l'engourdissement, des fourmillements, parfois des tiraillements musculaires, et des sensations de refroidissement, siégeant à la partie antéro-externe de la cuisse jusqu'à deux à trois travers de doigt au-dessus des condyles fémoraux.

L'anesthésie se manifeste par des sensations de corps étranger, de perte de sensibilité dans cette même région, et on constate soit une sensation de froid, soit une sensation de chaleur suivant les malades; parfois ceux-ci n'ont aucune sensibilité aux piqûres d'épingles, au pincement de la peau, enfin quelquefois ils ne peuvent supporter le courant électrique.

Les douleurs peuvent être spontanées et très intenses, analogues à celles du tabes, souvent elles se développent à la suite de la marche ou de la station debout; parfois elles sont assez intenses pour obliger les malades à prendre des béquilles: se sont des sensations de pincement, de piqûre, de brûlure, qui parfois cessent par le repos; enfin, la pression au point d'émergence des nerfs réveille la douleur.

À côté de ces symptômes capitaux, il faut signaler des troubles trophiques et vaso-moteurs, et il n'est pas rare non plus d'observer des inégalités pupillaires et des altérations des réflexes, que l'on constate souvent chez des malades qui en sont à la période préataxique du tabes et qui sont atteints en même temps de méralgie paresthésique.

Dans l'étiologie on a noté le traumatisme, le refroidissement, les courants d'air, et toutes les infections ou intoxications, et parmi ces dernières surtout l'alcoolisme. Comme causes prédisposantes, il faut signaler l'âge (de 30 à 60), le sexe (masculin) et toutes les professions qui exigent la marche ou la station debout prolongée.

Le docteur Pal, de Vienne, a tout récemment signalé le pied plat comme favorisant le développement de la méralgie paresthésique.

La pathogénie se réduit à deux théories: celle de la congestion du nerf par hyperémie des vasa vasorum, et celle de la névrite soit par infection, soit par processus inflammatoire dû à la compression ou à toute autre cause infectieuse.

L'évolution de la méralgie paresthésique est très longue, souvent intermittente, présentant des exacerbations au moment des époques menstruelles; quel-

quefois elle n'a aucune tendance à la guérison et dans d'autres cas, la guérison survient spontanément.

Le diagnostic ne présente pas de difficulté; la pseudo-méralgie paresthésique de Chipault siège beaucoup plus haut, et dépasse en arrière la ligne médiane, puisqu'elle envahit même la région fessière: le mal de Pott, l'utérus gravide, les tumeurs peuvent faire naître des symptômes de paresthésie qu'il sera facile de différencier de la méralgie; enfin, la méralgie fonctionnelle périodique de Brissaud est due à une artérite ou à un spasme vasculaire d'une des branches externes de la fémorale, et ne s'accompagne jamais de troubles de sensibilité.

Jusqu'en 1899, le traitement de la méralgie paresthésique était médical: frictions avec les divers liniments calmants, électrothérapie; parfois dans les cas de varices ou de traumatisme, un traitement local approprié donnait une amélioration. Mais en face des cas rebelles, il n'y a qu'une ressource, c'est l'opération préconisée en 1899 par Chipault, la résection de la branche fémorale du fémoro-cutané, et jusqu'ici dans quatre cas, deux de Chipault, un de Souques et Mauclair, un de Hagen, cette méthode a été employée avec succès.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

L'inoculabilité de la tuberculose humaine et les idées de M Robert Koch sur cette tuberculose et la tuberculose animale

par M. S. ARLOING

Je conclurai donc en disant, d'après l'état actuel de mes recherches:

1° Que la virulence du bacille de la tuberculose étant variable et capable de s'adapter à certains organismes, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine;

2° Que l'on peut trouver et entretenir en cultures pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le boeuf, le mouton et la chèvre;

3° Que si l'on en trouvait d'incapables à produire ce résultat, et il en existe certainement, ils ne se rattacheraient pas, pour cela, à une tuberculose absolument distincte;

4° Que je persiste à admettre l'unité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacille de Koch;

5° Qu'il faut repousser le critérium de MM. Koch et Schutz, qui nous amènerait à établir des coupes rigoureuses dans la tuberculose humaine ou la tuberculose animale;

6° Que MM. Koch et Schutz n'étaient pas auto-

risés, par leurs propres expériences, à préconiser des distinctions absolues, comme ils l'ont fait;

7° Qu'il est utile de maintenir dans une sage mesure les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de receler le bacille de la tuberculose.

(*Bull. de l'Acad. de méd.*)

La chloroformisation chez les cardiaques

M. Huchard rappelle que les médecins sont à chaque instant consultés pour savoir si les cardiaques peuvent être chloroformisés. Suivant lui, tous les cardiaques, aortiques, mitraux, etc., peuvent être anesthésiés par le chloroforme. Il n'y a de contre-indication que chez les sujets en état d'asystolie, de dyspnée toxi-alimentaire ou en instance d'oedème pulmonaire aigu. On indique quelquefois la dégénérescence graisseuse du coeur comme une contre-indication, mais on confond généralement la dégénérescence graisseuse avec le coeur scléreux; dans ces cas, la chloroformisation peut être pratiquée après une période pendant laquelle on a soumis le malade à la digitale ou à la théobromine.

La symphyse du péricarde est une contre-indication; mais, le plus souvent, elle n'est pas reconnue.

On a dit que l'insuffisance tricuspidiennne, que l'insuffisance aortique, affections syncopeales, étaient des contre-indications; mais la syncope n'est jamais un symptôme de maladie du coeur ou de l'aorte; quand la mort survient par syncope chez un cardiaque, c'est à cause d'une complication.

C'est surtout chez les cardiaques, à qui l'on doit pratiquer des opérations considérées comme dangereuses, comme la dilatation de l'anus, que la contre-indication paraît établie; cependant M. Huchard a vu cette chloroformisation pratiquée sans accident.

La chloroformisation doit être faite non brusquement, mais à petites doses, progressives, méthode qui permet d'éviter la syncope laryngée et la syncope toxique.

Il faut avoir près de soi du nitrite d'amyle, utile en cas de syncope. L'anesthésie doit être absolument complète avant de commencer l'opération.

Dans les cas de mort, on incrimine souvent le chloroforme ou l'état antérieur du malade, une cardiopathie latente. Mais, en réalité, le chloroforme est généralement bon, les cardiopathies latentes ne sont pas une contre-indication. C'est parfois l'état général qui est la cause de la mort. Le plus souvent pourtant, selon M. Huchard, la mort survient parce que le chloroforme est mal donné, à cause de l'inattention ou de l'inhabileté du chloroformisateur; c'est pour cela que les morts par chloroforme sont plus fréquentes dans les hôpitaux qu'en ville.

Le chloroforme, bien donné chez les cardiaques, n'est pas dangereux; c'est ce qui résulte des observations recueillies sur plus de 300 cardiaques chloroformisés. Ils n'ont pas présenté un seul accident.

M. Berger confirme ce que M. Huchard vient de dire au sujet des précautions qui doivent être prises chez les cardiaques chloroformisés. C'est sans crainte qu'il donne le chloroforme chez les cardiaques, pourvu que ces malades ne soient pas en même temps des cachectiques. Seulement, il indique toujours à l'élève la nécessité de surveiller avec plus d'attention la chloroformisation dans les limites entre lesquelles l'anesthésie doit se maintenir.

Pour éviter les accidents, il faut que, dès le début, la chloroformisation se fasse sans incident; alors tout ira bien, à condition que l'élève qui en est chargé soit absolument attentif et suive avec exactitude son sujet.

Il importe surtout de ne pas dépasser la limite de l'anesthésie chez les cardiaques, car les moyens employés chez les sujets ordinaires comme les tractions de la langue et la respiration artificielle, n'inspirent pas à M. Berger grande confiance chez les cardiaques.

Il a chloroformisé sans accidents beaucoup de malades atteints de lésions organiques du coeur; il craint surtout les coeurs gras, les coeurs faibles qui ont tendance à tomber à chaque instant en syncope; mais en surveillant le début des accidents on peut y remédier à temps. Il a vu la mort survenir chez un malade atteint de symphyse péricardique, et croit, en conséquence, que dans ces conditions il vaut mieux s'abstenir si l'opération n'est pas urgente.

La communication de M. Huchard au sujet du mode de chloroformisation prête à plus de discussion. Le chloroforme n'est pas toujours parfait; il en résulte des accidents en série: les alertes débutent généralement par des phénomènes d'irritation; dans ces conditions, il faut craindre les suites de l'anesthésie.

Quand on trouve un bon chloroformisateur, il faut, bien entendu, le conserver. Le chloroforme donné à Strasbourg dans le service de Sédillot par un coutelier qui n'avait aucune connaissance médicale a toujours été bien administré. Mais il n'en est pas ainsi pour tous les chloroformisateurs de profession. Ainsi, en Angleterre, où il y a des chloroformisateurs spéciaux, il se produit au moins autant d'accidents qu'en France. Enfin, M. Berger pense qu'il est du devoir des chirurgiens des hôpitaux d'enseigner eux-mêmes à leurs élèves les principes d'une bonne chloroformisation; il faut que l'élève soit pénétré de l'importance et de la gravité du rôle qu'il a à jouer.

Quant au choix de l'anesthésique, il préfère le chloroforme à l'éther, mais pense qu'il est plus diffi-

cile à donner, et que, entre les mains d'un aide inhabile, l'éther est moins dangereux.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Accidents pathologiques et traitement du phimosis.

Je vais opérer tout à l'heure, pour un phimosis, un garçon de 16 ans. Bien qu'atteint d'une forme légère de cette affection, notre jeune malade en a déjà éprouvé toute une série de désagréments, les uns légers, les autres pénibles, et il est entré à l'hôpital décidé à subir la circoncision. Vous aurez souvent des cas analogues à soigner au cours de votre carrière professionnelle; aussi m'a-t-il paru intéressant d'insister un peu sur cette lésion, de pratique, pour ainsi dire, journalière.

Le phimosis est une conformation particulière du prépuce telle que le gland ne peut pas être découvert. La dénomination de phimosis est tirée du grec, qui signifie "lien." Et, effectivement, c'est bien un lien qui entoure le gland et empêche de le découvrir, le mot lien s'appliquant à tout le prépuce et plus particulièrement à son bord libre, à son limbe terminal, ce dernier agissant comme une véritable ficelle rigide.

Il existe deux variétés anatomiques de phimosis, importantes à distinguer l'une de l'autre au point de vue symptomatologie et traitement. Dans la première, le capuchon préputial est normal comme longueur, il s'applique sur le gland sans le dépasser de façon excessive. Son orifice seul est pathologique, assez diminué de largeur pour qu'il devienne impossible de le ramener en arrière par des pressions sur la peau. Dans la seconde variété, le prépuce est, au contraire, hypertrophié, allongé et dépasse notablement le gland au-dessus duquel il forme une espèce de cône de hauteur variable. Cette conformation spéciale est loin d'être rare et beaucoup d'enfants, je dirai même la plupart, viennent ainsi au monde. Chez un très grand nombre d'entre eux, malgré cela, on arrive sans difficulté à découvrir la couronne du gland. L'hypertrophie préputiale, en effet, ne constitue pas le phimosis, elle s'y adjoint en lui donnant une physiologie nouvelle.

Avec ou sans allongement du prépuce, le phimosis reste donc caractérisé essentiellement par une sténose du limbe. Chez certains sujets, on arrive encore à découvrir et à apercevoir l'orifice urétral; chez d'autres, l'ouverture est tellement étroite qu'on peut à peine y introduire un stylet,

Il est une autre division également nécessaire à établir. Elle concerne l'origine congénitale ou acquise de la maladie. Le phimosis congénital est celui que l'enfant apporte en naissant et dont je viens de parler. Le phimosis acquis se développe plus tard, dans le cours de l'existence, mais il ne peut se produire que si le prépuce est naturellement assez allongé. Je me contenterai d'en dire quelques mots; en raison de son importance pratique il mériterait à lui seul une leçon. Il apparaît chez l'adolescent ou chez l'adulte, parfois à un âge beaucoup plus avancé—je l'ai observé sur un sujet de 69 ans. Il relève de causes multiples, le diabète permanent ou transitoire, les chancres simples ou spécifiques, etc. Il y a 35 ou 40 ans j'ai, personnellement, écrit un mémoire sur le traitement du phimosis acquis; j'y indiquais que, dans certains cas l'abstention thérapeutique était de rigueur, ayant vu une fois une circoncision pour phimosis diabétique se terminer par la mort de l'opéré. Je laisse maintenant entièrement de côté le phimosis acquis pour ne m'occuper que de la variété congénitale, seul objet de cette leçon.

Quels sont les accidents pathologiques du phimosis congénital, quelles sont par cela même les indications opératoires? Ils sont très nombreux et je vais les énumérer successivement.

1° Les troubles de la miction. Très communs, ils frappent et attirent tout d'abord l'attention. Ils peuvent être à peine accusés. Chez notre malade, en particulier, ils se réduisent à un léger éparpillement du jet d'urine qui vient tomber sur les vêtements au commencement de la miction, chose peu grave sans doute, mais néanmoins fort désagréable. Généralement, ils sont plus accentués. Lorsque l'orifice préputial est très étroit, son débit est inférieur à celui de l'urèthre. Dès que le malade urine, il se produit une distension, une poche préputiale, et les parents viennent vous dire qu'à ce moment la verge de l'enfant se gonfle à son extrémité et qu'il faut presser dessus pour la vider. En réalité, le sujet urine en deux temps, d'abord dans son prépuce, puis, lentement, par l'orifice de ce dernier.

2° Les calculs. Vous ne serez pas étonné d'apprendre que dans l'espace balano-préputial où séjourne l'urine, il peut se développer des calculs. J'en connais des exemples.

3° Les adhérences. Certaines modifications anatomiques résultent quelquefois du phimosis. Par exemple, l'atrophie du gland comprimé par l'urine non évacuée ou encore l'adhérence préputiale. Ces adhérences se créent soit à la suite d'inflammations répétées des culs-de-sacs, soit spontanément, sans inflammation précise. Elles ont le grave inconvénient d'entraver notablement l'intervention chirurgicale. Je

me rappelle avoir, un jour, opéré un de mes élèves dans ces conditions. Or, au moment de détacher la muqueuse, j'eus infiniment de peine et la douleur ressentie par le patient fut très vive. Il convient de tenir compte de cette complication des phimosis anciens; on l'évitera en opérant de bonne heure.

4° Accidents simulant l'épithélioma. Le phimosis, a-t-on dit, prédispose à l'épithélioma. J'ignore si le fait est exact. Il est certain, par contre, que la sténose préputiale peut engendrer des phénomènes complètement analogues aux néoplasies malignes, induration, suintement et douleurs. Ces signes prêtent tellement à confusion que, il y a seulement 4 ou 5 ans, un de nos confrères, médecin des hôpitaux, vint me voir dans un état lamentable d'esprit, se croyant atteint d'un épithélioma de la verge. Il était absolument hanté par cette idée. Il s'agissait uniquement et fort heureusement d'un simple phimosis congénital non opéré, lequel était l'origine d'une irritation prolongée du gland et d'un pseudo-épithélioma.

5° Troubles de la copulation. Le phimosis empêchant la sensibilité du gland d'être mise en jeu diminue d'abord le plaisir du coït. C'est une source de sensibilité d'amoinerie ou même d'abolie. Il provoque, en outre, une mauvaise éjaculation. Le sperme en effet, ne s'écoule pas, il s'accumule, comme l'urine pendant la miction, au-dessous du prépuce. Les sujets atteints de phimosis sont souvent inféconds; ils accomplissent l'acte d'une façon moins agréable et leur sperme ne s'écoule en dehors que lentement, sans jet, sans projection sur le col utérin. Ils éjaculent en deux temps comme ils urinent, dans leur prépuce en premier lieu. Certains auteurs ont attribué à la circoncision l'extrême fécondité de la race juive. Godart raconte également qu'en Egypte on avait coutume de pratiquer, le jour même et pour préliminaire du mariage, la circoncision chez le fiancé.

6° Le paraphimosis. C'est un autre accident de la copulation. Le paraphimosis désigne le retrait forcé du prépuce en arrière, le limbe préputial rétréci formant ficelle et serrant étroitement la couronne du gland. Une telle lésion est extrêmement pénible et rien que pour l'éviter on devrait toujours se faire opérer le phimosis. Lorsque le chirurgien arrive à temps, il parvient, il est vrai, souvent à la réduire, mais quelquefois, dans les interventions tardives surtout, il n'y réussit pas et il s'ensuit alors une sérieuse menace de gangrène de la verge. Chez notre malade, il ne s'est jamais produit de paraphimosis, toutefois ce jeune homme ressentait au cours du coït une traction en arrière du prépuce et, se rendant compte de ce qui se passait, il y prenait garde et usait de mille artifices, de mille précautions, pour le prévenir.

7° La masturbation. On a reproché au phimo-

sis de prédisposer les enfants à la masturbation. C'était l'opinion de Guersant, un spécialiste en clinique infantile, et je la croirais volontiers exacte. On conçoit aisément que l'irritation permanente entretenue par l'affection préputiale soit capable de porter à la masturbation.

8° La balano-posthite. Complication fréquente et importante. Nous avons vu que le phimosis acquis était communément provoqué par une balano-posthite d'origine spéciale (chancreuse et chancreuleuse). Eh bien! nous observons maintenant le fait inverse, le phimosis congénital causant la balano-posthite. Le mécanisme est d'ailleurs facile à saisir, les frottements incessants et le défaut de nettoyage de l'espace balano-préputial étant une étiologie suffisante. Le phimosis accompagné de balano-posthite suppurée simule à première vue la blennorrhagie. On peut s'y tromper et j'ai vu des praticiens autorisés faire la confusion. Bien entendu lorsque le méat urinaire peut être nettement découvert, l'erreur est facile à éviter.

La balano-posthite d'origine phimotique ne prend jamais dans nos climats des proportions sérieuses. Il n'en va pas de même dans les pays chauds où elle se complique parfois d'inflammations graves, suffisantes pour amener la gangrène, ce que les anciens auteurs appelaient le charbon de la verge. La fréquence de cette balano-posthite gangreneuse semble bien avoir été pour quelque chose dans l'institution de la circoncision chez les peuples hébreux. En France et dans les contrées tempérées, de semblables accidents ne sont pas à craindre. On y observe néanmoins très fréquemment des balano-posthites, qui, pour être simples, n'en sont pas moins capables de laisser après elles une atrésie plus complète encore de l'orifice préputial, chose extrêmement gênante pour le malade.

9° Prédisposition à contracter la syphilis. Les sujets atteints de phimosis semblent plus exposés que les autres à prendre la syphilis. Chez les circoncis la muqueuse du gland se cutanise, devenant ainsi moins sensible, sans doute, mais par contre plus résistante aux contagions vénériennes, Hutchinson a fait, à ce propos, des relevés statistiques et il a trouvé, toutes proportions gardées, 1 syphilitique circoncis pour 15 non circoncis. Une telle différence, si vraiment elle est exacte, donne une réelle valeur prophylactique à la circoncision.

10° Pertes séminales et incontinence d'urine. Un médecin qui s'est beaucoup occupé d'affections des voies génito-urinaires, Lallement, de Montpellier, attribuait une grande importance au phimosis comme facteur pathogénique des pertes séminales. On a également rattaché à l'affection qui nous occupe un

certain nombre de cas d'incontinence nocturne d'urine de l'enfance. Trousseau examinait toujours, dans cette dernière maladie, le prépuce et, lorsque la thérapeutique médicale échouait, il pratiquait la circoncision en cas de sténose du limbe. D'autres auteurs ont aussi étudié la question et l'un d'eux a pu, sur 8 adultes atteints d'incontinence d'urine, obtenir par la circoncision, 6 fois la guérison. Le fait est utile à noter et à retenir.

11° Névropathies réflexes. Je terminerai l'énumération des accidents dus au phimosis par les curieuses observations d'Auguste Reverdin, de Genève. Ce scrupuleux clinicien a constaté des phénomènes morbides réflexes assez extraordinaires, d'origine phimotique. Il rapporte l'exemple d'un enfant de 9 ans qui présentait tous les symptômes d'une coxalgie à sa première période, chez lequel ces troubles disparaissent comme par enchantement après la circoncision. Il signale dans le même ordre d'idées l'hypochondrie, la mélancolie sous la dépendance d'un phimosis. Il cite des sujets guéris d'hystérie, voire d'épilepsie, par la résection du prépuce.

En énumérant cette longue liste d'accidents, nous avons ainsi établi les indications du traitement. On peut poser en principe que tout phimosis assez développé doit être opéré, puisqu'il constitue pour le patient pendant son existence entière, une source continue de désagréments et de complications.

Le traitement à appliquer a pour but de permettre au gland d'être découvert sans difficulté. On y parvient en élargissant le prépuce, opération nommée circoncision.

Les deux divisions que j'ai indiquées en parlant de l'anatomie pathologique du phimosis se retrouvent à propos du traitement. Dans la première variété, le prépuce n'étant pas allongé il n'y a pas lieu d'en réséquer une partie. Pour ces cas, Nélaton avait proposé la dilatation du limbe. J'avoue n'avoir jamais employé ce procédé, infiniment trop long; je ne l'ai même jamais vu faire par Nélaton lorsque j'étais dans son service. Je craindrais une récurrence.

Dans cette première variété, le prépuce étant rétréci mais non allongé, le chirurgien peut se contenter d'une incision dorsale qui suffit à la guérison sans déformer beaucoup la verge. C'était dans le but de simplifier l'intervention, qu'un médecin de Rouen a conseillé de sectionner le prépuce en laissant à demeure un fil passé à sa base et lié, le malade continuant à vaquer à ses occupations.

Lorsque le prépuce est rétréci avec allongement (2ème variété), la circoncision doit être faite différemment. Je me garderai de vous énumérer les nombreux procédés proposés pour cette opération, ils sont presque aussi multiples que ceux de l'ongle in-

carné. Chaque pays, chaque chirurgien même, possède sa méthode. Je vous exposerai simplement la technique à laquelle j'ai recours personnellement.

Certains praticiens recommandent de faire rigoureusement la section de la muqueuse au même niveau que celle de la peau. Je n'attache pas un bien grand intérêt à ce détail auquel je trouve, de plus, un inconvénient. Pour atteindre un tel but, en effet, on tire beaucoup sur le prépuce et on pratique une section horizontale; il y a, alors, de très grandes chances que l'artère du frein soit intéressée d'où hémorragies immédiates ou secondaires, parfois très graves. J'en connais une observation presque mortelle.

Il faut, dans un premier temps, attirer à soi la peau et la muqueuse. La traction doit être assez puissante pour que la totalité du prépuce soit sectionnée, pas trop intense cependant car, dans ce dernier cas, vous risqueriez, une fois la peau rétractée, de voir la verge absolument à nu jusqu'au pubis.

Quoi qu'il en soit, le prépuce étant convenablement tiré, placez sur lui une pince, obliquement de haut en bas et d'arrière en avant suivant la direction de la couronne du gland. On évite sûrement ainsi l'artère du frein. Sectionnez ensuite, d'un coup, la peau et la muqueuse à l'aide du bistouri toujours manœuvré de haut en bas et d'arrière en avant. Prenez garde de ne pas retrancher une partie du gland comme j'ai vu, un jour, le fait se produire avec, pour conséquence, un énorme rétrécissement du méat urinaire. Voyez donc auparavant si le gland est bien dégagé; vous en reconnaîtrez la consistance spéciale au travers du prépuce. Ce dernier pouvant être induré par la balano-posthite et prêter à confusion, attendez toujours la disparition des phénomènes inflammatoires avant d'opérer.

Aussitôt le prépuce coupé, la peau se retire laissant la muqueuse appliquée sur le gland. On sectionne celle-ci avec des ciseaux et on la suture au revêtement cutané avec du catgut. Je fais une suture à points séparés, constituant une couronne de fils de catgut qui disparaît par résorption sans avoir besoin d'être enlevée, avantage à considérer chez les enfants. Je termine par un pansement simple, une compresse trouée à son centre pour permettre le passage de l'urine.

Les anciens rabbins déchiraient la muqueuse avec l'ongle et faisaient l'hémostase par succion buccale. Ces pratiques sont aujourd'hui généralement abandonnées. On n'emploie guère, non plus, les serre-fines remplacées par les agrafes et beaucoup mieux, surtout, par la suture. Je connais des exemples de chancres syphilitiques dus à des serre-fines contaminées.

La circoncision peut se pratiquer sans anesthésie.

Dans la seconde partie de l'opération, on atténuera la douleur au moyen de compresses cocaïnées.

(*Le con. méd.*)

GYNECOLOGIE

Traitement des varices des femmes enceintes.

Les femmes enceintes, atteintes de varices des membres inférieurs et des organes génitaux, doivent, avant toutes choses, répétons-le, être soumises au repos. Il faut, tout d'abord, qu'elles évitent la fatigue, la station debout; de plus, on exercera sur les membres inférieurs une compression à l'aide de bas élastiques ou avec une bande roulée de crêpe Velpeau.

Je sais qu'on a accusé la compression d'amener l'accouchement prématuré et l'avortement, mais de nombreuses observations montrent que ces assertions sont dénuées de fondement. Tous les accoucheurs, actuellement, admettent qu'il faut autant que possible pendant la grossesse, et surtout quand les varices apparaissent, faire, dès le début, porter des bas contents.

Contre les varices des organes génitaux, directement, il n'y a guère de remède. Lorsqu'elles sont très volumineuses, Tarnier conseille d'exercer une légère compression de la région à l'aide d'un bandage en T.

D'autre part, pour prévenir les complications on recommandera aux femmes, surtout si les varices offrent des dimensions considérables, d'éviter toute occasion ou cause de traumatisme, les grattages répétés, les rapports conjugaux, les secousses, les voyages en voitures exposant aux cahots, aux chutes à califourchon, etc.

En cas de phlébite, le traitement consiste dans le repos prolongé, le membre étant placé dans une gouttière, enveloppée d'ouate et oint d'un liniment calmant; lorsque la douleur est vive, on se trouvera bien de l'enveloppement de la jambe malade dans de grandes compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque au cinquantième ou de décoction de têtes de pavots. La gouttière sera légèrement inclinée, la femme très surveillée, et on ne lui permettra de se lever que lorsque tout signe d'inflammation aura disparu.

Lorsqu'une hémorragie survient du fait de la rupture d'une veine variqueuse, on emploiera les moyens les plus prompts pour l'arrêter; compression digitale, tamponnement aseptique, application de serre-fines, forcipressure du sang, ligature de la veine. Il faut savoir que l'écoulement du sang qui a lieu par un orifice

très minime, est très lent, mais continu, et qu'il amène par conséquent, presque fatalement, si on n'intervient pas à temps, la syncope et la mort.

Lorsqu'on est appelé à intervenir quand la femme a déjà perdu beaucoup de sang, il y aura encore quelque espoir de la ranimer en ayant recours aux injections intra-veineuses de sérum, qui causent parfois de véritables résurrections.

Je formulerai, en terminant, la conduite que vous devez suivre dans ces quelques recommandations:

Les varices des femmes enceintes ne sont jamais une affection négligeable. On doit surveiller ces malades et les soumettre au repos, pour les soustraire aux accidents plus ou moins graves auxquels les expose la fatigue, et quand se déclare une complication, il faut les secourir le plus tôt possible, surtout s'il s'agit d'une hémorragie qui sera immédiatement arrêtée par la compression exercée sur le point qui saigne.

(*J. de méd. de Paris.*)

Thérapeutique et Matière Médicale

Danger de l'eau oxygénée

M. L. Dor. Lorsqu'on injecte de l'eau oxygénée dans le tissu cellulaire d'un animal, il peut se produire une décomposition immédiate si l'on a fait une petite hémorragie ou si l'on a introduit des poils avec le trocart; dans ce cas on n'observe pas d'autre accident qu'une production abondante de gaz au lieu de l'injection; mais s'il n'y a ni poils, ni hémoglobine, l'eau oxygénée est absorbée sans décomposition préalable, et dans ce cas elle se décompose dans le torrent circulatoire et elle détermine la mort par embolie gazeuse en quelques minutes. Il suffit de 4 cc. d'eau oxygénée à 12 vol. pour tuer un lapin et de 2 cc. 1 p. 2 pour tuer un cobaye. Nous avons voulu savoir si l'eau oxygénée administrée en lavement pouvait être absorbée et nous avons vu qu'il se produisait une décomposition dans l'intestin et que les dangers de la mort par embolie gazeuse semblaient écartés par suite de cette décomposition. Mais le lavement a par lui-même des inconvénients qu'il faut connaître: dix centimètres cubes d'eau oxygénée à 12 vol. administrés en lavement à un cobaye ont déterminé chez lui un sphacèle de l'intestin sur une longueur de 20 cm. et nous présentons les pièces provenant de l'autopsie de l'animal. M. Roger a préconisé dans la "Presse Médicale" du 1er janvier des lavements d'eau oxygénée diluée dans la dysenterie; il est bon de savoir quel serait l'effet de lavements d'eau oxygénée pure à 12 volumes,

(*Lyon méd.*)

Traitement de la constipation

Le docteur Franz Kluk-Kluczycki, dans une clinique de l'hôpital Wilhelmine de Vienne, passe en revue tous les agents employés contre la constipation.

Parmi les laxatifs doux on emploie couramment la manne, le tamarin, le soufre, la magnésie calcinée, l'huile de ricin, les purgatifs salins, la rhubarbe, le rhamnus frangula, le cascara sagrada, l'aloès, le séné, le calomel. Aux drastiques appartiennent le jalap, la gomme-gutte, le podophyllin, la coloquinte, l'huile de croton.

Comment ces laxatifs agissent-ils ?

D'après les recherches de Penzoldt, tous les purgatifs ralentissent la digestion gastrique; c'est pourquoi on les donne volontiers sous forme de pilules ké-ratinisées. L'action laxative de ces drogues tient en partie à l'augmentation de l'osmose hors des vaisseaux intestinaux, en partie à l'irritation de la muqueuse intestinale et des nerfs de l'intestin qui réagissent par des contractions des muscles intestinaux. Parmi les moyens qui agissent en augmentant l'osmose, il y a surtout les purgatifs salins qui, sans causer de douleurs, produisent des selles aqueuses et sont indiqués quand il faut déshydrater l'organisme. C'est le cas dans les troubles du rein, les oedèmes, etc. A dose moyenne les fèces seront ramollies, mais l'action laxative ne se produit qu'aux dépens de la déshydratation. Si donc celle-ci n'est pas indiquée, s'il y a une constipation purement mécanique par suite d'un régime alimentaire défectueux, par une sédentarité exagérée, comme dans les affections gynécologiques, dans la puerpéralité, il est nécessaire d'avoir un laxatif doux, d'action prompte, exempt d'inconvénients.

Jusqu'ici on avait pour cela des produits tirés des plantes, surtout le tamarin, le podophyllin avec la belladone, les pastilles de cascara-sagrada. C'est surtout ce dernier laxatif, dont le nom vient de ses propriétés merveilleuses reconnues des indigènes de la Californie, qui est en faveur chez nous.

C'est ce laxatif que M. Kluk Kluczycki emploie le plus fréquemment à cause de ses qualités cholagogues bien connues depuis les travaux de Dujardin-Beaumez soit contre les constipations par suite de dyspepsie simple, soit dans ces cas où il y a diminution des sécrétions gastriques ou biliaire. Il a constaté que, par l'usage prolongé de la cascara, les fonctions digestives gastro-intestinales ne sont nullement troublées; au contraire, on note souvent l'augmentation de l'appétit, ce qui concorde avec l'augmentation de sécrétion glandulaire constatée dans les expériences. Jamais il n'y eut de douleurs qui eussent pu être rapportées à la cascara. Les selles se produisaient dans les cas légers au bout de cinq

heures, dans les cas rebelles jusqu'à dix heures; elles se produisaient sans douleurs, et étaient molles; et souvent deux à trois heures après survenait une seconde défécation. En moyenne il suffisait d'une dose tous les deux jours, puis le troisième jour on répétait la même dose. Il n'y eut pas d'accoutumance malgré un usage continu pendant des semaines, et après guérison de l'état causal la défécation s'est faite spontanément.

(Wien Klin, Rundschau)

L'épilepsie et son traitement

par M. DAVIGNON.

En présence d'une maladie aussi ancienne que le monde, on est point étonné d'apprendre qu'on a essayé contre elle, toutes sortes de médications possibles en toutes les substances médicamenteuses imaginables, depuis les plus actives jusqu'aux plus inertes. Avec toutes, on a obtenu de rares succès, avec le caille laiss, comme avec l'opium et le nitrate d'argent administré à l'intérieur. Je laisse de côté les remèdes plus ou moins secrets, voire même le gui de chêne, substance sacrée des Druides, les prêtres de la Gaule celtique.

C'est dans la fin du siècle dernier que la thérapeutique de l'épilepsie a obtenu réellement les guérisons les plus certaines et les plus incontestables.

Il y a cinquante ans ou un peu plus, Monsieur Herpin de Genève, a conseillé contre le terrible mal l'oxyde de zinc et le lactate de zinc, et ce médicament a donné quelques succès dans l'épilepsie récente.

Les maîtres qui ont nom Legrand Dusaule, Charcot, Beaumez, ont insisté, avec raison, sur l'emploi des différents bromures qui ont donné des résultats incontestables dans toutes les formes du mal caduc.

Mais la préparation qui doit aujourd'hui rallier tous les suffrages, par ce qu'elle n'a pas les inconvénients des bromures employés seuls, c'est sans conteste le médicament préparé par Mr. J. Mousnier, pharmacien à Sceaux, et connu sous le nom de "Dragées Géli-neau, du nom de notre excellent confrère, qui a fait des affections nerveuses une étude spéciale, et le sujet de toutes ses préoccupations.

Rationnellement la formule des Dragées Géli-neau (ce n'est point un remède secret) a été conçue de manière à fournir un médicament aux principaux symptômes de l'affection dont nous nous occupons dans cet article.

Elles contiennent:

1° Dubromure de potassium, cet anti-phlogestique et ce sédatif puissant du système nerveux. 2° On y trouve un sel arsénical, qui a la propriété de to-

nifier et de vulgariser l'innervation générale, et qui, de plus, combat les vices diathésiques héréditaires qui se rencontrent si souvent dans cette névrose. 3° Mr. Gelineau y a joint la picrotoxine qui se rencontre dans une substance médicamenteuse appelée coque du Levant et qui a une action incontestable sur les névroses convulsives.

Donc théoriquement, les Dragées Gelineau s'adressent à l'état pathologique et symptomatique du terrible mal convulsif. On leur doit pratiquement des guérisons incontestables, dans toutes les formes de l'affection.

Le thermoplasme électrique

"Le thermoplasme électrique," imaginé par le Dr. Larat, utilise l'électricité pour chauffer une compresse souple pouvant se mouler sur toutes les parties du corps. L'intérêt de ce petit appareil apparaît de premier abord: il permet, en effet, d'appliquer la chaleur à une température absolument constante et dont on peut, à volonté, régler le degré entre 40 degrés et 100 degrés centigrades. Toutes les applications médicales de la chaleur étaient jusqu'ici essentiellement temporaires: les compresses, les sacs d'eau chaude, de sable, les cataplasmes, etc., se refroidissent rapidement, si bien que le temps pendant lequel ils agissent utilement est, en réalité, très court. A supposer que la chaleur réglée et constante ait sur la chaleur non dosée et passagère une supériorité thérapeutique, ce qui ne semble pas contestable, il nous paraît que l'appareil que voici constitue un progrès remarquable.

Le thermoplasme se compose de deux parties distinctes, une compresse chauffante et une boîte de réglage dans laquelle une manette et une série de contacts permettent de passer progressivement de 40 à 100 degrés. Une petite lampe témoin s'éclaire dès que le courant passe, et augmente de clarté à proportion de la chaleur développée dans la compresse.

Cette dernière est montée sur un fil souple, et il est facile d'appliquer "loco dolenti" le coussinet chauffant, le soir en se couchant, pour le garder toute la nuit sans que la température varie aucunement.

Les indications de cet appareil, dont le seul inconvénient est de ne pouvoir fonctionner économiquement que là où se trouve l'éclairage électrique, sont aussi variées que nombreuses, puisqu'il peut être employé dans tous les cas où les applications chaudes sont utilisées: rhumatisme, névralgies, coliques, etc.

(Bull. de l'Acad. de méd.)

De la levure de bière en thérapeutique

1° Dans les furoncles, anthrax et toutes les dermatoses suppurées d'origine interne, comme l'impétigo, les folliculites sycosiformes, les orgelets, la levure de bière donne des résultats merveilleux et c'est là, suivant nous, sa véritable indication; elle agit dans ce cas comme un antiseptique interne d'une grande puissance.

2° Elle modifie aussi d'une façon très heureuse nombre de troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse (gastro-entérite infantile, fièvre typhoïde) en atténuant la virulence des sécrétions intestinales par une action pour ainsi dire topique.

3° Enfin, en applications locales, elle peut constituer dans certains cas un véritable pansement antiseptique (écoulements vaginaux, angines, suppurations cutanées, brûlures).

Nous n'essayerons pas de discuter quel peut être le mode d'action physiologique des ferments constitutifs de la levure de bière. Il y aurait là matière à des recherches bactériologiques intéressantes.

En restant sur le terrain purement clinique, nous constatons que ces ferments paraissent avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré, agent pathogène de la furonculose. Dans ce cas, leur action est exceptionnellement rapide et comparable à celle des sérums anti-toxiques et particulièrement du sérum anti-diphthérique.

Se comporteraient-ils de même à l'égard des agents streptococciques? A ce propos, il serait peut-être intéressant d'essayer l'action de la levure sur les angines diphthériques associés où le sérum de Roux est souvent si peu efficace.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique trouve actuellement dans la levure un agent antiseptique puissant susceptible de modifier heureusement nombre d'états infectieux.

Quant au mode d'administration, la pharmacie a trouvé actuellement des procédés spéciaux de dessiccation de la levure qui en fait un produit stable, d'une conservation indéfinie, mieux supportée par l'estomac, sans en altérer en rien le pouvoir fermentescible.

Les levures sèches se présentent sous forme d'une poudre de couleur marron, insoluble, mais facile à délayer dans un liquide quelconque.

On l'administre soit en poudre délayée dans de l'eau ou une boisson gazeuse qui en masque la saveur un peu fade, soit en cachets, soit en comprimés.

A l'intérieur, elle se prend à la dose moyenne de trois cuillerées à café par jour; en lavements, à la dose d'une bonne cuillerée à bouche délayée dans 150 grammes d'eau bouillie.

Il est toujours bon, avant d'employer une levûre sèche, de s'assurer de sa valeur comme ferment en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25° à 30°.

Si le produit est bon, la fermentation doit s'établir rapidement. Les levûres à fermentation tardive ne possèdent qu'un ferment affaibli et ne sauraient donner de bons résultats.

Deux analgésiques locaux presque exempts de toxique

I. — L'oculistique a donné à la chirurgie la cocaïne, anesthésique local d'un emploi très répandu et qui, malgré ses propriétés toxiques, peut être utilisé, on peut dire "sans danger," si l'on observe les règles si nettement fixées par notre collègue M. Reclus. Instillée en solution à 1 p. 100 dans le sac conjonctival, elle annihile la sensibilité à la douleur de la muqueuse ainsi que celle de la cornée, mais son action n'est ni prolongée ni profonde. Au contraire, la "dionine," dont notre confrère, le Dr. Darier, a démontré les propriétés analgésiques, permet d'atténuer, et même de supprimer totalement, les douleurs oculaires profondes souvent atroces dont souffrent certains malades.

Déposée entre les paupières elle donne une sensation de cuisson, de brûlure; elle détermine un œdème parfois considérable, mais en même temps elle endolorit l'œil, et bientôt elle calme les souffrances qui partent de la cornée, de l'iris, du cercle ciliaire; elle rend le sommeil à de malheureux glaucomateux torturés par les névralgies ciliaires. Sans doute certains sujets sont réfractaires à son action bienfaisante, et celle-ci ne tarde pas à s'atténuer et à disparaître si l'emploi des solutions est trop souvent répété; mais grâce à la dionine on peut ne pas recourir à la morphine, au chloral, aux hypnotiques généraux, chez les patients chez lesquels ils sont contre-indiqués.

M. Darier conseille aussi de l'utiliser dans les névralgies dentaires. Une parcelle de dionine déposée dans la cavité creusée par la carie, et maintenue en place par une boulette de coton, suffit pour calmer les souffrances, pour les faire disparaître durant une ou deux journées, et parfois elles ne reviennent plus.

A ces doses minimales la dionine n'a jamais produit aucun accident toxique, aucun trouble de la circulation, aucun malaise notable. On peut donc l'utiliser sans crainte d'après notre confrère, et je ne sache pas qu'aucun grief ait été formulé par d'autres praticiens à l'égard de cette substance.

II. — Au contraire de la cocaïne, qui est un analgésique de surface quand on l'applique sur les muqueuses, "l'acoïne" n'a d'action anesthésique locale

que si le revêtement épithélial est détruit, s'il y a plaie ulcérée, perte de substance; son action est plus lente et plus durable. Mais elle a sur la première le grand avantage, sinon d'être dépourvue de toute toxicité, au moins de n'avoir jamais produit d'accidents aux doses où on l'emploie d'ordinaire. M. le Dr. Darier utilise cet alcaloïde pour rendre indolores les injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales des substances les plus irritantes, telles que le sublimé, l'iode, les solutions salées concentrées.

Dans les opérations un peu laborieuses (énucléation du globe oculaire, névrotomie optico-ciliaire, blépharoplastie, avancement musculaire), la solution à 1 p. 100 d'un mélange de cocaïne et d'acoïne a donné à notre confrère les résultats les plus satisfaisants comme rapidité et comme durée de l'anesthésie. Aussi n'hésite-t-il pas à recommander cette association pour la pratique des injections intra-rachidiennes. Je ne sache pas qu'elle ait jusqu'ici été utilisée dans ces cas.

(Bull. de l'Acad. de méd.)

PEDIATRIE

Nature et traitement des ophtalmies du nouveau-né

M. Grandolément fait la communication suivante:

Il existe en France environ 40,000 aveugles, dont le quart très approximativement, soit 10,000, doivent leur triste infirmité à ce qu'on appelle "l'ophtalmie des nouveaux-nés."

Ne serait-il pas possible de diminuer dans de larges proportions ce chiffre, tout au moins pour ce qui concerne les nouveaux-nés, en prévenant et surtout en soignant mieux et autrement les "ophtalmies diverses" qui les atteignent assez souvent dans les trois ou quatre jours qui suivent leur naissance.

Oui, j'ai la conviction qu'il serait possible de faire mieux par un meilleur traitement préventif et curatif.

1° "Prévention." — Et d'abord, puisque ces ophtalmies résultent presque toujours de l'introduction des sécrétions vaginales de la mère dans les yeux de l'enfant, il est certain que l'on pourrait les prévenir presque sûrement par des lavages bien faits des parties génitales de la mère avant et pendant le travail et des yeux de l'enfant aussitôt après l'accouchement avec une solution de sublimé, ou mieux de cyanure de mercure à 1 pour 1500. Par surcroît de précaution, il suffira d'instiller ensuite et une seule fois, à titre préventif, quelques gouttes d'un collyre au ni-

trate d'argent à 2 ou mieux seulement 1 pour 1000 d'après la "méthode Crédé" pour préserver sûrement les yeux de l'enfant.

2° "Traitement curatif."— Mais enfin une ophthalmie, à forme plus ou moins purulente ou mucopurulente, apparaît dans trois ou quatre jours qui suivent la naissance: que faire ?

Tout d'abord il faut se garder de prendre la chose au tragique et ne pas cautériser immédiatement avec une solution forte de nitrate à 2 ou 3 pour cent, deux ou trois fois par jour, ainsi qu'on le fait encore très généralement, sans avoir au préalable soumis la sécrétion oculaire à un examen bactériologique, pour savoir si elle contient des gonocoques oui ou non.

De nombreuses statistiques, faites dans ces dernières années et de divers côtés, ont, en effet, démontré que la moitié environ des ophthalmies du nouveau-né ne sont pas dus au gonocoque, mais à des microbes divers, peu ou pas graves, tels que le pneumocoque, le streptocoque, le bactérium coli, le bacille de Weeks, le diplo-bacille de Morax, et le plus souvent encore à de simples staphylocoques pyogènes.

Or, dans ces cas, il est inutile de recourir d'emblée à des cautérisations avec le nitrate d'argent; la manoeuvre nécessaire pour les pratiquer pouvant amener les lésions de la cornée et compromettre les yeux de l'enfant, si l'opérateur n'en possède pas l'habitude et l'habileté nécessaires pour les bien faire, ce qui arrive malheureusement encore trop souvent. Il faudra se contenter de lavages avec un antiseptique non caustique, tel que le sulfate de zinc ou le protargol à 10 pour cent ou mieux encore le nitrate d'argent, mais à 1 pour 1000 seulement. Ce simple traitement suffira lorsque l'examen bactériologique, pratiqué pendant quatre ou cinq jours consécutifs, sera resté négatif.

Mais mettons les choses au pis et supposons qu'il s'agisse de par l'examen bactériologique d'une "ophthalmie blennorragique."

Ici encore je réproouve ces cautérisations fortes pratiquées deux fois par jour, et cela tant que dure la suppuration, c'est-à-dire souvent pendant plusieurs semaines.

C'est trop souvent; il n'y pas d'oeil qui puisse résister à un pareil régime, surtout si elles ne sont pas faites avec une grande habileté.

Il ne faut les pratiquer que de loin en loin, tous les deux ou trois jours; mais dans les intervalles, et cela toutes les deux heures, l'on fera des lavages prolongés des yeux avec massage avec une solution très faible et non caustique de nitrate d'argent, à 1 pour 500 par exemple, et même plus faible encore.

Car, ainsi que l'ont observé et indiqué récem-

ment M. Burchardt, Boccard et surtout Neisser, celui-là même qui a découvert et isolé le gonocoque, les solutions faibles de nitrate d'argent tuent aussi bien, sinon mieux, le gonocoque que les solutions fortes ou caustiques; mais à une condition, c'est qu'on les laissera longtemps en contact, quinze à trente minutes avec la muqueuse infectée, oculaire ou urétrale.

Il est certain qu'employé ainsi, le nitrate d'argent peut mieux pénétrer dans l'épaisseur de la muqueuse qui recèle l'agent virulent dans ses cellules profondes; tandis que les solutions fortes cautérisent la surface, seulement la surface, de la muqueuse et barrent le passage.

L'on voit le grand avantage de ces solutions faibles, c'est un traitement que l'on pourra enfin confier l'entourage du petit malade, gardes ou parents; il suffira de leur apprendre à introduire sans violence la solution dans l'oeil; puis à le frictionner au travers des paupières, pour la bien faire pénétrer dans toute les anfractuosités de la muqueuse, en ayant soin de renouveler cette manoeuvre pendant un quart d'heure, toutes les deux heures.

Au cours de ces dernières années, on a conseillé de substituer au nitrate d'argent le "protargol" ou protéinate d'argent qui n'est jamais caustique, quel que soit le degré de sa concentration (Darier), ou bien les grands lavages avec le permanganate de potasse à 1 pour 3000 (Kalt).

Je n'ai jamais employée encore le permanganate et ne puis rien en dire. Mais j'ai essayé assez souvent le protargol pour pouvoir dire que je lui préfère le nitrate d'argent comme plus efficace d'une manière évidente.

Le nitrate d'argent reste donc le remède de choix pour combattre l'ophthalmie gonococcienne.

Mais il reste bien entendu que l'on pourra l'alterner avec les autres agents sus-indiqués. Dans quelles proportions? C'est la gravité de l'ophthalmie, très variable d'enfant à enfant, qui en décidera.

(Lyon méd.)

BIBLIOGRAPHIE

"Effect of direct, alternating, Tesla currents and X-Rays on bacteria," par F. Robert Zeit, M.D., Chicago. Tiré à part, 32 pages, du "Journal of the American Medical Association."

"The Pathology and Bacteriology of Uretero-intestinal anastomosis," par F. Robert Zeit, M.D., Chicago. Tiré à part, 38 pages, du "New York Medical Journal."

Supplément Littéraire

LE D^r GILBERT

par M. le Dr JEHIN-PRUME (Montréal)

(Suite.)

“David, David Sechel ? n'est-ce pas, madame la comtesse ?”

“Alors vous connaissez cette pièce, notaire.”

“Je ne l'ai jamais vue, mais je l'ai lue plusieurs fois, c'est une oeuvre remplie de beaucoup de bon sens et le vieux rabin doit être pour nous le symbole de la lutte qu'on devrait entreprendre contre la dépopulation qui mine notre pays.”

“Ceci est dû au régime républicain, mon cher Duvandois, à ce régime qui méconnaît la religion et chasse nos prêtres et nos religieuses. C'est le résultat de ces fausses maximes qui en corrompant la morale, ébranlent les moeurs d'une race toute entière. République ni son gouvernement n'a rien à faire la dedans. Au contraire, nos ministres et nos savants cherchent un moyen pour arrêter ce fâcheux état de choses. Malheureusement le mal est profond et vient de loin.”

“Halte là, madame la comtesse, sachez que la

“Que voulez-vous dire, Notaire ?”

“Je veux dire, madame, que déjà sous Louis XIV., on essayait d'enrayer le mal, et le grand roi lui-même, donnait des récompenses aux familles nombreuses. Plus tard, Napoléon...”

“Bonaparte,” dit la Comtesse, en levant les épaules.

“Si vous voulez, Madame la Comtesse, mais l'Ogre de Corse avait besoin de soldats....”

“Pour les faire tuer, n'est-ce pas, Notaire ?”

“Non, Madame, pour rendre la France forte et glorieuse.”

“Laissons de côté, la politique,” dit Madame de Morsebiec, “sur ce terrain là, mon cher Duvandois, nous ne serons jamais d'accord, revenons donc au mariage.”

“En coeur ?”

“Non pas, car je vous connais assez pour m'apercevoir que vous avez quelque chose à me dire.”

“Et bien, soit, Madame la Comtesse, j'ai en effet quelque chose à vous dire et quelque chose de la plus haute importance. Vous connaissez, n'est-ce pas, l'attachement profond que j'ai pour la maison de Morsebiec et la confiance illimitée qu'avait en moi le défunt comte, votre époux ? Depuis près de trente-cinq ans, c'est moi qui ai en main la gérance de

votre fortune, et vous savez que personne plus que moi ne prend votre intérêt. Or, aujourd'hui, je vais prendre la liberté de vous entretenir d'un sujet sur lequel, je vous prie, de placer toute votre attention. La branche aînée des Codeic de Morsebiec, dont votre mari était l'unique représentant, est en voie de s'éteindre, la seule héritière du nom étant une fille. Il faudrait donc faire cesser cet état de chose en donnant à Melle de Morsebiec un mari qui consente à ajouter à son nom celui de sa femme.”

“Marier ma fille !!” s'écria Madame de Morsebiec, “mais vous n'y pensez pas, Notaire, elle est si jeune.”

“Pas si jeune que cela,” dit Duvandois, en ajustant ses lunettes et jettant un regard du côté d'Yvonne. Votre fille a dix-neuf ans, et c'est le bon âge pour se marier. Mais, en plus, c'est que j'ai sous la main un parti des plus avantageux.”

“Je vous écoute, Notaire,” dit Madame de Morsebiec, en s'approchant de son vieil ami.

“Mon correspondant de Paris,” continua le notaire, m'a mis en relation avec un jeune homme de grande famille et d'excellente fortune. C'est du Marquis Raoul de Vermont, dont je veux vous parler, il a vingt-huit ans, est de commerce agréable et possède un revenu de huit cents milles francs.

“Naturellement, j'ai pris des renseignements, qui furent du reste excellents, le moral est irréprochable, l'instruction parfaite et l'avenir brillant, car le marquis est capitaine d'infanterie, il est en ce moment en garnison à Nevers.”

“Mais, qu'est-ce que cela fera au nom de Morsebiec ?” demanda la comtesse.

“Le marquis,” répondit Duvandois, “est tout prêt à ajouter votre nom au sien et de cette façon, la vieille race des Morsebiec continuera sa marche à travers les âges. Voyez donc, Madame la Comtesse, comme cela ferait bien : Madame la Marquise de Morsebiec.”

“Et bien, moi, notaire,” répondit la comtesse, “j'ai autre chose à vous dire et qui est beaucoup plus grave que le mariage que vous nous proposez. Depuis deux mois, Yvonne n'est plus la même, elle a perdu l'appétit, elle est toujours lasse, elle n'a plus ces belles couleurs qui rendaient ses joues comme des pêches, et, ce matin, sur un de ses mouchoirs, il m'a semblé voir des taches de sang. A tout instant elle est secouée d'une toux sèche, ah ! notaire, j'ai bien peur.”

“Vous m'effrayez, Madame,” dit Duvandois, “mais peut-être nous alarmons-nous pour rien. Pourquoi ne pas consulter au médecin ?”

“J'ai pensé la conduire à Paris, à Nantes, que sais-je.”

“ Pourquoi aller si loin,” ajouta le notaire, nous avons ici un jeune médecin qui nous arrive de Paris et qui a, dit-on, de grandes connaissances. Il pourra nous renseigner et nous dire ce qui en est.”

“ Je le ferai venir dès demain,” dit la comtesse, “ et comment le nommez-vous ce médecin ?”

“ C’est,” répondit le notaire, “ le docteur Gilbert.”

IV.

Le docteur Gilbert venait de se lever, et sa toilette étant terminée, il descendit à la salle à diner pour prendre son café.

La bonne Nanette avait déjà tout préparé, la table recouverte d’une nappe éblouissante de blancheur portait en son centre un vase tout plein de fleurs. Car, Gilbert adorait les fleurs, et aimait à en avoir constamment près de lui.

“ Une belle journée aujourd’hui ?” dit le médecin à la vieille servante qui lui servait son déjeuner.

“ Un vrai temps de printemps, monsieur le docteur, l’air est doux, le ciel serein et les oiseaux chantent à plein gosier. Vous allez avoir bonne chance pour faire vos visites ou pour vous promener.”

“ Je n’ai que deux visites à faire dans les environs, une chez le père Matthieu, et l’autre pour voir la petite fille de madame Mathurin, celle que j’ai opérée l’autre jour.”

monsieur le docteur, comment vous pouvez en faire,

“ Toujours des opérations. Je ne comprends pas, tailler des chairs vives; voir le sang couler, tenez, rien que d’y penser je me sens toute chose.”

“ Chacun son métier,” dit Gilbert, en riant, “ c’est pour un chirurgien une seconde nature, l’habitude, enfin.”

“ Je veux bien croire,” fit Nanette, “ mais de sentir du pauvre monde qui souffre, les endormir, puis tailler là dedans comme si c’était du bois.”

“ Mais, crois-tu donc, Nanette, que c’est pour notre bon plaisir que nous faisons des opérations. Vois donc chez les Mathurins, par exemple, la petite se mourait et quelques coups de bistouri l’ont ramené à la vie. Vois la joie des parents et celle de cette chère enfant qui va pouvoir poursuivre son existence, riche de santé et de bonheur.”

“ Vous avez raison, Monsieur Georges,” dit Nanette, en essuyant une larme qui tombait de ses yeux; je ne suis qu’une vieille radoteuse.”

“ Non, Nanette, ne t’accuse pas ainsi, car tu ne fais que partager une croyance populaire, prétendant que les chirurgiens aiment souvent à couper à tort et à travers. Un médecin, vois-tu, c’est comme un prêtre, ses juges sont Dieu et sa conscience, et, pour lui, serait un crime que d’abuser de la confiance que lui accorde celui qui souffre.”

“ Ah ! voyez donc !” dit Nanette, “ une voiture qui entre dans l’allée.”

“ En effet, une voiture venait de s’arrêter devant le seuil de Gilbert, et un pauvre homme vêtu du pittoresque costume breton en sortit.

Nanette alla ouvrir.

“ Monsieur le Docteur Gilbert est-il chez lui ?” demanda l’homme.

“ Certainement,” lui répondit Nanette, “ veuillez donc vous donner la peine d’entrer, c’est pour un malade, n’est-ce pas ?”

“ Oui, et c’est pressé.”

“ Par ici, monsieur,” dit Nanette en montrant au breton la porte du cabinet de Gilbert.

Le médecin fit entrer l’individu, et après lui avoir indiqué un siège, ferma la porte du cabinet et vint se placer près du visiteur.

“ C’est pour vous que vous venez me consulter ?”

“ Non, monsieur, je suis envoyé par Madame la Comtesse de Morsebiec.”

“ La Comtesse de Morsebiec,” dit le médecin, “ serait-elle malade ?”

“ Non, pas elle, mais sa fille, Melle Yvonne, ce matin encore elle a eu une faiblesse et Madame la Comtesse vous prie de venir immédiatement.”

“ Soit,” fit Gilbert, “ j’avais quelques visites à faire, mais j’irai au plus pressé, dites à Madame la Comtesse de Morsebiec que je serai chez elle dans une heure.”

“ Que cela ne vous déplaie, Monsieur le Docteur, mais j’attendrai, car la voiture est là, et ma maîtresse m’a bien recommandé de vous ramener moi-même.”

“ Très bien alors,” dit le médecin, je suis à vous dans un instant.”

On a beau habiter un village perdu sur les côtes de Bretagne, on a beau être éloigné de toutes espèces d’idées mondaines, l’homme instruit éprouve toujours le besoin de mettre son extérieur en rapport direct avec sa profession. Un médecin quel qu’il soit, ne doit jamais oublier son caractère éminemment professionnel et familial; sa correction, son étiquette doivent être irréprochables, car souvent on jugera à sa tenue le degré de minutie qu’il peut apporter à ses devoirs médicaux.

Gilbert à la hâte passa une redingote, ajusta une cravate blanche, et retira du fond d’un bahut un “ haute forme ” qu’il n’avait porté depuis son séjour à Paris.

(à suivre)

Travaux Originaux

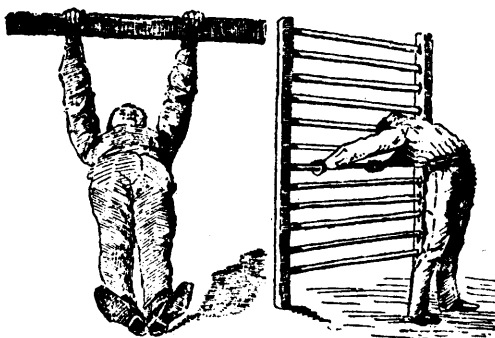
CYMNASTIQUE SANS APPAREILS

par M. P. E. PREVOST, M. D.

La gymnastique sans appareils consiste en un ensemble de mouvements exécutés d'une façon rationnelle, en vue d'assurer à l'économie les avantages de l'exercice en général, et spécialement de régulariser le développement et le fonctionnement de l'appareil musculaire.

Ces exercices rythmés peuvent être faits par tous les enfants, sans distinction d'âge ou de constitution, et n'ayant pas l'inconvénient d'être dispendieux, puisqu'ils nécessitent aucun appareil, il est à souhaiter que les enfants les pratiqueront au profit de leur santé.

Il y a par exemple l'exercice pratiqué avec la poutre horizontale "la Bomme" (fig. 1) et au moyen



(Fig. 1 — "La Bomme")

(Fig. 2 — L'espalier)

d'une échelle ou espalier (fig. 2) fort recommandable pour l'extension forcée de la colonne vertébrale et la lutte contre le "dos rond".

Le simple banc d'école peut être utilisé. L'élève se couche à plat ventre en travers de ce banc, les pieds retenus par un aide ou par un second banc placé derrière lui, et exécute des flexions en arrière (fig. 3).



(fig. 3)

La gymnastique élémentaire, sans appareils, dont nous donnons les figures ci-après, se compose d'attitudes ou de mouvements raisonnés, qui font

agir successivement tous les muscles des membres et du tronc.

Nous avons emprunté ces figures au livre du docteur Roth, qui traite des exercices suivant la méthode de Ling, pour développer et fortifier le corps humain.

1. MOUVEMENTS DE LA TÊTE. Tous les mouvements de la tête sont exécutés lentement, en tenant le corps droit et immobile.

10. Flexion de la tête.

(a) Tête en avant : Fléchissez ! Tendez !

(b) Tête en arrière : Fléchissez ! Tendez !

(c) Tête à droite : Fléchissez ! Tendez !

(d) Tête à gauche : Fléchissez ! Tendez !

20. Rotation de la tête fléchie.

(a) Tête à droite : Fléchissez ! Tournez !

(b) Tête à gauche : Fléchissez ! Tournez !

(c) Tête en arrière : Fléchissez ! Tournez !

(d) Tête en avant : Fléchissez ! Tournez !

2. MOUVEMENTS DES BRAS.

(a) Bras en haut : Tendez ! Fléchissez !

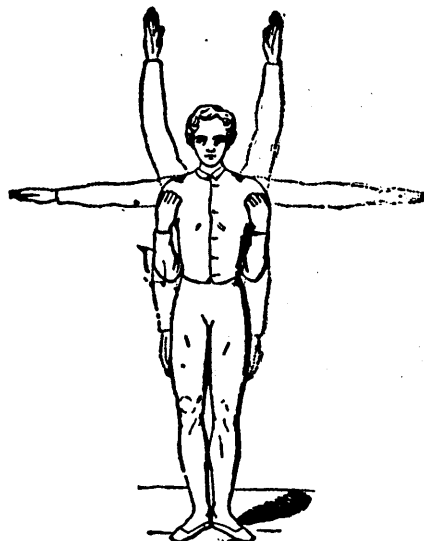
(b) Bras de côté : Tendez ! Fléchissez !

(c) Bras en avant : Tendez ! Fléchissez !

(d) Bras en arrière : Tendez ! Fléchissez !

(e) Bras en bas : Tendez ! Fléchissez !

Remarque : — On peut exécuter plusieurs de ces mouvements dans différentes directions, en un seul temps, comme dans la figure suivante :



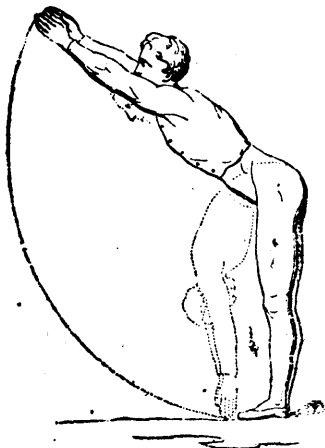
(fig. 4)

(Fig. 4) Tension alternative des bras dans différentes directions.

3. **MOUVEMENTS DU TRONC.** Ces mouvements sont faits lentement.

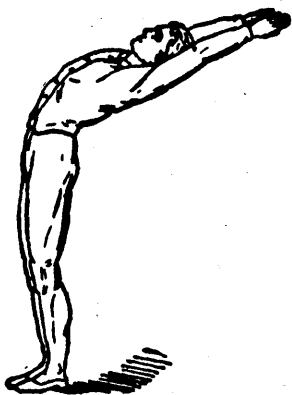
10. *Flexion du tronc.*

- (a) Tronc en avant : Tendez ! Fléchissez !
 (b) Tronc en arrière : Tendez ! Fléchissez !



(fig. 5)

(Fig. 5) Flexion du tronc en avant.



(fig. 6)

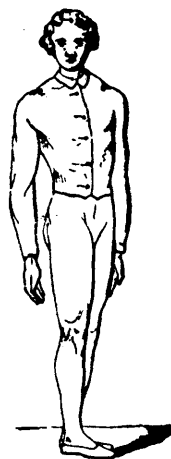
(Fig. 6) Flexion du tronc en arrière.

20. *Rotation du tronc.* Tourner le tronc consiste dans l'action de tourner la partie supérieure du corps autour de l'axe longitudinal et au-dessus des hanches.

- (a) Tronc à droite : Fléchissez ! } Fig. 7
 (b) Tronc à gauche : Fléchissez ! }
 (c) Tronc à droite : Tournez ! } Fig. 8
 (d) Tronc à gauche : Tournez ! }
 (e) Tronc en avant : Tournez !—Fig. 9



(Fig. 7)



(Fig. 8)

Fig. 7. Flexion alternative du tronc à droite et à gauche.

Fig. 8. Rotation alternative du tronc à droite et à gauche.



(Fig. 9)

Fig. 9. Rotation alternative du tronc fléchi à droite et à gauche.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDICINE

La pylephlébite suppurée typhoïde

M. le Dr *Maurice Renou*, de Gemosac, (Charente Inférieure) a consacré sa thèse à l'étude d'une complication rare de la dothiéntérie, la pylephlébite suppurée.

Au point de vue pathogénique, M. Renou dit que les examens bactériologiques ne permettent pas de for-

muler une opinion nette et que l'on a constaté la présence du bacille d'Eberth, du coli-bacille et du streptocoque.

Les germes infectieux peuvent pénétrer dans la veine :

- a Directement au niveau de l'ucération intestinale.
- b Indirectement par l'intermédiaire ;
 - A. D'une appendicite paratyphoïde ;
 - B. D'une suppuration juxta-intestinale.

La pyléphlébite suppurée aboutit à la formation d'abcès multiples du foie, ce qui est en rapport avec la multiplicité de division des branches portes intra-hépatiques.

Pour faire le diagnostic de pyléphlébite suppurée, il faut se baser sur l'apparition vers le troisième ou le quatrième septénaire, alors que le malade semble entrer en convalescence, d'un frisson intense avec accélération du pouls et élévation considérable de la température, 40°-41°, qui prend, dans la suite une marche irrégulière franchement intermittente. Tous ces signes s'accompagnent d'une douleur abdominale, localisée à l'épigastre ou à l'hypocondre droit et extrêmement vive.

On note en même temps une augmentation du volume du foie.

Le pronostic est très grave puisque sur les 10 observations publiées, 10 fois la mort a été la terminaison de la pyléphlébite suppurée. Cependant dans de certaines conditions bien déterminées, on pourrait intervenir favorablement.

Le traitement est surtout palliatif et symptomatique. Il consiste à donner au malade une médication tonique et reconstituante et il doit s'adresser aux différents symptômes (douleur fièvre diarrhée).

Dans certains cas, la pyléphlébite suppurée ayant été consécutive à une appendicite paratyphoïde, on pourrait peut-être assimiler ces infections hépatiques typhiques à celles d'origine appendiculaire et suivre les conseils que donne le professeur Dieulafoy : " L'infection hépatique est toujours mortelle, le seul traitement est traitement prophylactique, celui qui consiste à pratiquer l'opération de l'appendicite dès les premiers jours, sans laisser à cette terrible complication hépatique le temps de se produire."

Il resterait à résoudre la question de l'opportunité de l'opération qui doit être subordonnée à chaque cas particulier et qui, dans l'espèce, est capitale, les opérations chez les typhiques étant toujours très graves.

(Le concours médical.)

Formes emphysémateuses de la tuberculose pulmonaire

D'après la thèse de M. le Dr Paul-Edouard Martin l'emphysème généralisé et la tuberculose à marche chronique du poumon coexistent fréquemment ; le pré-

tendu antagonisme entre ces deux affections n'existe pas.

C'est généralement la tuberculose qui débute, les signes d'emphysème ne sont observés que plus tard. D'ailleurs, l'emphysème et la tuberculose existant dans un même poumon ne constituent pas une simple association de deux affections différentes dans leur nature. Comme M. le professeur Landouzy l'a affirmé, comme M. le Dr Mosny le pense, l'emphysème pulmonaire est le plus souvent une manifestation atténuée de la tuberculose.

Cette tuberculose à forme emphysémateuse ne mérite pas le nom de phtisie, cosmoption. Elle a une évolution fort lente, sans phénomènes généraux graves. Elle est remarquable par la conservation du bon état général.

Dans cette forme de tuberculose le pronostic est moins grave que pour les tuberculeux proprement dits. Les tuberculeux emphysémateux ne succombent pas à leur tuberculose, ils meurent asystoliques, par retentissement des lésions pulmonaires sur le cœur droit.

Cette question de la nature de l'emphysème ne comporte pas seulement un intérêt théorique et spéculatif ; elle présente aussi un intérêt pratique de premier ordre.

Un emphysémateux d'origine tuberculeuse tousse et crache. Or, ces crachats, quoique peu abondants le plus souvent, contiennent des bacilles de Koch. L'inoculation faites à des cobayes a été positive. Il est donc bacillifère, et il est contagieux, comme l'est tout tuberculeux.

Bon nombre d'emphysémateux, considérés et traités comme des simples emphysémateux, sont en réalité des tuberculeux, car parfois les signes de l'emphysème masquent la tuberculose. On voit l'importance qu'il y a à établir ce diagnostic pathogénique au point de vue prophylactique.

(Le concours médical.)

Traitement local des tuberculoses externes

Par le Dr CALOT.

L'auteur ne les opère jamais ; il ne veut pas ouvrir la porte aux microorganismes. Une coxalgie ou un mal de Pott fermés guérissent toujours ; ouverts ils ne guérissent jamais. *Ubi pus ibi evacua* ne s'applique pas à l'abcès froid, s'il n'y a pas d'infection secondaire. Comme injection modificatrice Calot, après injection préalable d'une solution au 50° de chlorure de zinc (non au 10 trop douloureuse), injecte un mélange à parties égales d'éther iodoformé (10 : 100) et de naphthol camphré (1 : 2.) Seul ce dernier ne devrait être injecté que dans une cavité, abcès froid ou articulation remplie de pus.

(Bull thérap.,)

Traitement de la méningite cerebro-spinale

Le professeur Grasset résume ainsi, dans la cin-

quième éditions de ses *Consultations médicales* si appréciées, la manière de conduire le traitement de la méningite cérébro-spinale :

1. Toutes les deux heures, jour et nuit sauf sommeil, prendre un bol de lait glacé s'il y a des vomissements.

2. Quatre à six fois par vingt-quatre heures, grand bain chaud (à 38 ou 39 degrés) de cinq à dix minutes; compresses d'eau froide sur la tête pendant le bain.

Constamment sur la tête, préalablement rasées (et à cheveux très courts), vessie de glace à simple affleurement sur le crâne.

3. Saignée-transfusion : ventouses scarifiées le long du rachis, sangsues derrière les oreilles ou à la nuque, saignée de 150 à 200 centimètres cubes.— En même temps, injecter, par quarts de litre, 1 litre de sérum artificiel à 7 p. 1000.

4. Lavements d'eau bouillie (1 litre) matin et soir; ou lavement avec 15 grammes sulfate de soude dans une infusion de 8 grammes de follicules de séné;

Ou 0,50 centigrammes de calomel, le matin dans du lait.

5. Suivant les symptômes, morphine et chloral, s'il y a de l'agitation, ou caféine en injections, s'il y a de la dépression et tendance au collapsus. "

(Gaz. des hôp.)

Les paralysies de la coqueluche,

D'après M. le Dr *Paul Valentin*, de Senlis, les paralysies ne sont pas très rares dans la coqueluche.

Ces complications surviennent surtout chez des malades du sexe féminin, et toujours dans des cas de coqueluche grave: que cette gravité se manifeste par l'intensité des quintes, ou qu'elle soit liée au mauvais état général du sujet, à des inflammations broncho-pulmonaire concomitantes.

Le début de ces paralysies peut être brusque ou progressif.

On observe à peu près tous les genres : monoplégies, hémiplégies, paraplégies, anesthésies, cécité surdité.

Le pronostic est grave, 2/5 seulement des cas ont guéri complètement : 2/5 ont laissé des infirmités incurables; 1/5 des cas ont abouti à la mort dans un délai plus ou moins rapide.

Les lésions constatées, en rapport avec ces paralysies, sont très variées : congestions cérébrales et méningées; hémorrhagies méningées, cérébrales, médullaire; ramollissements cérébraux, méningites tuberculeuses, névrites.

Ces paralysies ont pour point de départ pathogénique la toxi-infection de la coqueluche : l'action de l'effort, considérée par certains auteurs, comme jouant le rôle principal n'est que secondaire et accessoire.

(Le Concours Médical.)

PEDIATRIE

Prophylaxie de la coqueluche

D'après les travaux de MM. les Drs Weil et Péhu, de Lyon, in *Semaine Médicale*, les mesures de prophylaxie de la coqueluche se résument en deux principales: l'isolement et la désinfection.

Dans les familles, l'isolement n'est pas nécessaire, parce que la contagion est massive. La dispersion sera quelquefois utile pour éviter le renforcement des coqueluches les unes par les autres. Si dans une famille les enfants sont dispersés pendant la période préquintense, le rapprochement ne sera permis qu'après l'apparition des quintes.

Dans les écoles les règlements français prescrivent l'éloignement jusqu'à deux à trois semaines après la cessation des quintes. Dans l'opinion de MM. Weil et Péhu, l'éloignement, comme le licenciement, en temps d'épidémie, est illusoire. La prophylaxie efficace consisterait à renvoyer de l'école, non pas le coquelucheux à quintes, mais ses frères, ses sœurs qui l'approchent en dehors de l'école. Ces mesures prophylactiques sont complétées par la désinfection appliquée au coquelucheux lui même et à son entourage.

1° *Hygiène du coquelucheux.*—Les auteurs formulent les règles habituelles d'hygiène de la coqueluche relatives aux quintes, à l'alimentation, aux vêtements, à l'habitation, à la température.

Relativement aux sorties, dans les coqueluches simples, MM. Weil et Péhu estiment qu'il peut être vraiment salubre de laisser les malades à l'air libre pendant les heures chaudes dans les saisons favorables. On évitera de toutes façons les brusques refroidissements.

Quant aux changements de séjour, il est impossible de formuler des conclusions très précises. Dans le cas de coqueluche à intensité moyenne ou légère, cette mesure est inutile. Si la maladie affecte une allure grave, le changement sera ordonné d'urgence, sans avoir la crainte illusoire de semer la contagion dans la localité choisie.

2° *Thérapeutique.*—Les auteurs passent en revue un grand nombre de procédés thérapeutiques proposés contre la coqueluche. Ils terminent en formulant leur mode de traitement, facile à appliquer, qui répond à la double indication; diminuer le nombre des crises et prévenir l'infection bronchique. Il consiste à associer l'antipyrine donnée par la voie gastrique et la quinoléine en inhalations.

L'antipyrine a une action sédative certaine, une efficacité réelle contre la coqueluche. Ses inconvénients sont minimes.

La quinoléine synthétique, à laquelle a recours M. Weil, répond à l'indication "prévenir l'infection bronchique". Son mode d'emploi est simple. A l'hôpital ou dans la clientèle, on réunit tous les coquelucheux

dans une même salle où l'on fait bouillir dans un récipient, quelques centimètres cubes d'eau, à laquelle ont été ajoutées préalablement dix à vingt gouttes de quino- léine par enfant. On ordonne trois ou quatre séances par jour, chacune d'elles ayant une durée maxima de vingt minutes. Cette médication est facile, sans incon- vénient aucun pour le tube digestif, n'entravant en rien l'enfant dans sa vie normale, lorsqu'il peut se lever ; le médicament présente un avantage surtout appréciable chez le nourrisson, en ce sens qu'il n'entrave en rien les fonctions gastro-intestinales et qu'il peut être donné seul, sans association avec l'antipyrine.

Enfin, il ne faut pas oublier de se conformer ponc- tuellement aux règles d'hygiène les plus strictes.

(Le concours Médical)

Contribution à l'étude des hémorrhagies gastro- intestinales du nouveau-né

Dans un travail d'ensemble, M. Pirinski rappelle que le nouveau-né est sujet à un certain nombre d'hé- morrhagies, dont l'hémorrhagie gastro-intestinale oc- cupe un des premiers rangs. La dénomination d'hé- morrhagie gastro-intestinale lui paraît plus juste que celle de *malaena*, car elle cherche à préciser l'origine stomacale ou intestinale de l'écoulement sanguin.

L'étiologie de ces accidents est incertaine. Il en est de même de leur pathogénie. On a signalé les rôles étiologiques de la syphilis, de l'accouchement laborieux de l'asphyxie pendant le travail, des malformations cardiaques, de la thrombose de la veine ombilicale et de l'embolie consécutive, du refroidissement de l'enfant, de l'alimentation copieuse et irritante, et surtout de l'infection.

Toutes ces causes agissent, chacune pour leur part, dans la genèse du *melæna* des nourrissons et aucune n'est exclusive.

L'influence de l'infection est incontestable, mais cette influence a été exagérée.

Toutes les hémorrhagies gastro-intestinales ne sau- raient être dues à l'infection, tant s'en faut, au moins dans l'état actuel de la science.

La symptomatologie rappelle celle de toute perte abondante du sang. La constatation du sang dans les selles est souvent très difficile, surtout lorsqu'il est mé- langé au méconium.

La bactériologie a trouvé un certain nombre de microbes : staphylocoques, streptocoques, b. lactique b. pyocyanique, etc., dont aucun n'est spécifique.

L'anatomie pathologique de l'hémorrhagie gastro- intestinale se réduit à une congestion plus ou moins marquée et à des ulcérations de la muqueuse digestive.

Généralement, il existe une ischémie très prononcée du côté de tous les viscères.

Dans certains cas de *melæna* primitif, l'autopsie

ne révèle absolument aucune lésion de la muqueuse gastro-intestinale qui est très souvent pâle et décolorée à l'inverse de ce qui arrive ordinairement.

Le pronostic varie suivant les cas. Sa gravité a été exagérée. Il dépend beaucoup de l'étiologie, de l'état général de l'enfant et de la quantité de sang perdu.

Le *melæna* infectieux n'est pas toujours mortel.

Le traitement est souvent symptomatique : à l'in- térieur ; lait glacé, potions calmantes (*laudanum*) boissons astringentes, perchlorure de fer, tannin, ra- tanhia, esgotine, nitrate d'argent; gélatine, huile de térébenthine, et surtout le sérum gélatiné en injection ou en lavement. A l'extérieur : enveloppement ouaté frictions alcooliques, bains chauds, couveuses à 37°, immobilisation, alimentation peu copieuse et très pru- dente.

Si l'on soupçonne la syphilis, médication iodo- mercurielle.

Dans les cas sérieux avec anémie grave et collap- sus consécutif : inhalation d'oxygène, injection d'éther et surtout transfusions salines.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

La medication salicylée dans le rhumatisme chez l'enfant.

M. Gillet donne les formules suivantes dans la *Gazette des maladies infantiles* :

Salicylate de soude..... 50 cent. par année d'âge
Sirop de fleur d'oranger..... } à 30 à 60 gr selon l'âge.
Eau dist. de laitue ou autre }

Par cuillerées à café toutes les heures, dans un peu de lait.

En cas de refus de prendre la *potion*, on peut avoir recours aux *suppositoires*.

Salicylate de soude..... 50 centig. par année d'âge.
Beurre de cacao..... 4 à 8 grammes selon l'âge.
Cire..... q. s.

Pour 4 suppositoires à mettre d'une façon égale- ment espacée dans les vingt-quatre heures.

On peut encore utiliser les *pommades* qu'on emploie en onction autour des jointures, en recouvrant le tout d'ouate et de taffetas ciré.

Salicylate de méthyle..... 1 gramme.
Menthol..... 0,20 centigr.
Vaseline..... 30 grammes.

Autres formules pour onctions

Acide salicylique (ou salicylate de }
soude, ou salicylate de méthyle).. } à 10 grammes.
Essence de térébenthine..... }
Lanoline..... }
Axonge..... 80 —

(BOURGET, de Lausanne.)

ou encore :

Lanoline.....	80 grammes.
Huile de jusquiame	30 —
Acide salicylique.....	5 —
Chloroforme.....	4 —

(R. BLACHE.)

La médication doit être précoce, instensive, c'est-à-dire plus forte le premier jour, puis décroissante, et enfin permanente, afin de maintenir l'organisme sous son influence.

L'enfant supporte bien les fortes doses, à moins d'albuminurie.

(Gaz. des hôp.)

Thérapeutique et Matière Médicale

L'iode et le rhécuré dans le traitement de la tuberculose de l'eczéma

(MELLIS)

On sait qu'aujourd'hui la méthode de Bacelli (injection intraveineuse de solutions médicamenteuses) se répand, surtout en Italie. Les médecins de ce pays ont employé par exemple ce procédé dans la scrofule tuberculeuse et la syphilis, Spolvérini a injecté jusqu'à 5 cc. dans les veines d'une solution contenant pour 100 parties d'eau, 3 grammes d'iodure de potassium et 1 gramme d'iode métallique.

Ces injections, pratiquées de façon à faire pénétrer le liquide dans la veine, sans qu'une goutte puisse se répandre dans les tissus environnants, ne seraient nullement douloureuses — c'est à peine si elles provoqueraient une légère sensation de cuisson qui ne tarderait pas à disparaître — et elles seraient bien supportées par la plupart des malades. Dans quelques cas elles ont, cependant, causé une induration des parois veineuses sur une étendue de 10 à 15 centimètres, suivant la direction du courant sanguin, mais sans thrombose vasculaire. Parfois même, cette induration fut accompagnée de douleur ainsi que de rougeur et d'œdème des téguments faisant craindre une phlébite, laquelle d'ailleurs, ne se produisit pas.

C'est donc, on le voit, une méthode qui ne laisse pas que d'être assez scabreuse et qui pourrait bien à un moment donné, devenir dangereuse. Incontestablement, elle doit avoir une extrême puissance, bien plus même que les injections intramusculaires. Ce sont pourtant ces injections qui ont donné à un médecin militaire belge, M. Mellis, de très bons résultats dans le traitement de certaines tuberculoses chirurgicales.

Mais ce qu'il y a d'assez particulier dans ce cas, c'est qu'il a employé l'huile biiodure à 0,40/0 soit 4 milligrammes par centimètre cube, ce qui, quoi qu'on en ait

dit, doit être la dose de choix, les solutions plus concentrées finissant toujours, au bout de peu de temps, par se précipiter.

Or, il s'agissait de trois sujets présentant des abcès froids situés en diverses régions et d'un homme atteint d'adénite de la presque totalité des ganglions du cou avec eczéma du menton et de la région cervicale. Dans tous les cas, les injections furent pratiquées une ou deux fois par jour à la dose d'une seringue de Pravaz chaque fois soit donc 4 milligrammes de biiodure pour chaque injection.

Dans ces quatre cas, la guérison fut rapide et presque toujours complète. Et, chose singulière, chez le sujet atteint d'adénites cervicales et d'eczéma, non seulement les adénites fondirent, mais l'eczéma disparut également.

(J. de méd. de Paris).

Traitement de l'érysipèle et de l'eczéma par la levure de bière

M. le Dr Desseaux (de Tôtes) indique dans la *Normandie médicale*, les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi de la levure de bière dans cinq ou six cas d'érysipèle traités de cette manière : les malades ont guéri vite, sans suppuration, sans douleurs violentes, sans délire, pourvu que le traitement fût institué assez tôt. En pareil cas, M. Desseaux commence par purger énergiquement le malade et fait donner trois cuillerées à café de levure de bière par jour. Chaque cuillerée est délayée dans un verre de cidre ou de bière, et elle est facilement acceptée. On ne dépasse [jamais cette dose, qui a paru toujours suffisante, sans gêner. On emploie indifféremment le levain de bière que l'on trouve chez tous les boulangers, ou la levure sèche des pharmaciens. Le levain des boulangers est sensiblement moins cher, mais il se décompose vite, et il a besoin d'être renouvelé tous les deux ou trois jours, surtout en été. Quant aux effets curatifs, ils paraissent identiques. Au bout de deux ou trois jours de traitement, l'érysipèle s'arrête, se dessèche, et la guérison est définitive au bout de huit à dix jours.

Un traitement analogue donne de bons résultats dans les eczémas humides. M. Desseaux traite tous eczémas par des onctions à la vaseline boriquée, avec enveloppe ouaté, avec de l'ouate non hydrophile, gommée sur une des faces pour empêcher l'air de pénétrer jusqu'à la peau ; cela paraît plus pratique que de recouvrir le pansement de taffetas gommé, et l'imperméabilité du pansement est aussi assurée, ce qui est indispensable pour la guérison de l'eczéma. En plus, trois cuillerées à café par jour de levain de bière, une à chaque repas, dans du cidre ou de la bière. Pour les jeunes enfants, on fait donner deux cuillerées à café seulement, à prendre dans un peu de soupe à peine tiède, matin et soir.

(Journ. de méd. et de chir. prat.)

Traitement de l'urémie

Voici comment M. Huchard expose cette méthode, qu'il intitule : *les trois lavages* :

1. *Lavage de l'estomac.* C'est celui qui est accepté avec le plus de difficulté. Mais, il ne s'agit pour nous que d'imposer notre autorité, et cette autorité vient presque toujours de la confiance que nous avons en nous-mêmes, et que nous savons alors bien faire partager. Le malade peut être hyperchlorhydrique, et l'on sait qu'alors l'estomac renferme parfois des toxines d'une grande puissance, plus même que dans l'hypochlorhydrie. Dans un cas de ce genre, avec complication de contracture des extrémités, on est parvenu à isoler une substance toxique très active, capable de tuer un lapin en quelques minutes. Voilà un poison consulsivant dont pourrait et devrait bien se passer l'intoxication urémique ! Et alors quand l'estomac est dilaté et qu'il retient les toxines, ne pensez-vous pas que s'impose l'indication de les évacuer ? Inutile d'insister.

2. *Lavage des intestins.* Il ne s'agit pas de lavements, qui ne vont pas assez loin, mais de lavages, de ce qu'on appelle *l'entérolyse*. Deux ou trois fois par jour, à l'aide d'une sonde longue et molle que vous introduisez profondément dans le rectum, faites pénétrer deux litres d'eau bouillie avec 7 à 8 grammes de chlorure de sodium par litre. De deux choses l'une : ou la malade gardera le liquide ou il ne le gardera pas. S'il le garde (surtout lorsque la quantité ne dépasse pas 600 à 1,000 grammes) c'est parfait cette quantité d'eau finira par devenir diurétique et forcera la barrière rénale. Si il ne la garde pas, c'est encore bien, puisque votre injection devient réellement un lavage intestinal, et fait de l'antisepsie, bien autrement que tous les médicaments en *ol.*

3. *Lavage du sang.* Il n'est pas question ici de l'introduction directe d'un liquide salin dans les veines. C'est là une opération délicate, difficile, dangereuse parfois, et j'estime que les injections sous-cutanées de 200 à 300 grammes et même de 500 grammes d'eau chlorurée (7 grammes de chlorure de sodium pour 1,000 grammes d'eau bouillie), répétées deux ou trois fois par jour agissent presque aussi bien. La quantité que l'on peut introduire dans l'hypoderme paraît toujours invraisemblable : contre une pyélo-néphrite infectieuse, d'une gravité exceptionnelle, on a pu injecter 2,000 grammes à la fois ; dans l'espace d'un mois, la malade, que j'ai suivie attentivement avec M. Bovet et plusieurs médecins, a reçu en injection sous-cutanées 16 lit. 670, et en lavements 14 litres de sérum chlorurique à 7 pour mille, soit 215 grammes de chlorure. Sans doute, tout n'a pas été absorbé ; mais la malade, qui a été en danger de mort plus de dix fois, a guéri contre tous nos pronostics. C'est là une puissante médication, puisqu'elle a pour résultat d'élever la tension artérielle, de favoriser la diurèse, d'introduire dans l'organisme une quantité assez considérable d'eau chlorurée.

Une remarque : on appelle cette eau chlorurée du

nom très pompeux de "sérum artificiel". Soyons plus vrais, moins solennels dans nos désignations, et appelons simplement les choses par leur nom.

Telle est la médication de l'urémie par les "trois lavages". Elle m'a donnée des résultats excellents, et et je crois rendre service au praticiens en la leur recommandant. Je le préfère aux vomitifs, aux purgatifs qui peuvent par leur répétition affaiblir les malades, et qui ne remplissent pas complètement le but, aux "antiseptiques intestinaux" qui n'antiseptisent pas, à toutes les drogues avec lesquelles on empoisonne parfois les malades déjà suffisamment empoisonnés. Je ne renonce pas aux purgatifs, aux vomitifs, et surtout à la saignée, le moyen héroïque dans certains cas. Parfois même, une large émission sanguine doit précéder les injections sous-cutanées d'eau chlorurée : elle doit les précéder, parce qu'alors l'absorption du liquide salin se fera plus rapidement plus complètement, et qu'elle contribuera ainsi à maintenir la quantité de la masse sanguine.

Dans un état morbide comme l'urémie, caractérisé par l'intoxication de l'organisme, la formule la plus simple du traitement est celle-ci, qui indique à la fois ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il convient de faire : pas ou peu de drogues, qui peuvent encore intoxiquer ; une médication rationnelle et antitoxique par les trois lavages. On répand moins d'encre pour formuler, on écrit moins, on agit mieux. Et comme la thérapeutique marche toujours dans l'ombre des doctrines médicales, qu'elle veut être simplifiée, qu'elle doit être physiologique et pathogénique (ou elle ne sera pas) l'heure nous semble revenue de procéder à sa réforme.

Les trois lavages ont été appliqués aussi au traitement de l'éclampsie gravidique qui n'est qu'une hépatourémie. Fochier, de Lyon, a surtout recours au lavage de l'estomac ; Porak, au lavage de l'intestin ; le lavage du sang est communément employé, la saignée toutefois compte encore beaucoup d'adversaires.

(*Journ. des prat.—J. de méd. de Paris.*)

Traitement des névralgies par les injections sous-cutanées de sérum artificiel

M. le Dr Pierre Bernard expose dans sa thèse la technique et les résultats d'une méthode de traitement des névralgies et plus spécialement de la sciatique, qui a été particulièrement préconisée par M. Launois et M. Lamy. Cette méthode consiste à injecter le sérum artificiel au niveau des points douloureux.

La technique opératoire des injections sous-cutanées de sérum artificiel est des plus simples.

Après avoir nettement précisé les points douloureux situés sur le trajet du nerf douloureux ou sur celui de ses branches collatérales, on doit tout d'abord procéder au nettoyage de la peau. Celui-ci est obtenu à l'aide de tampons de coton hydrophile imbibés en premier lieu d'eau bouillie et de savon, puis soit d'alcool, soit

d'éther sulfurique simple, ou additionné de sublimé.

Peur faire l'injection on se sert d'une seringue aseptique dont le corps de pompe en verre mesure 10 centimètres de capacité.

L'aiguille en platine iridié, capable d'être flambée facilement, ne doit pas être de trop gros calibre, ni de trop grande longueur.

Quant au liquide à injecter, il sera une solution aseptique et plus ou moins concentrée de chlorure de sodium et de sulfate de soude d'après la formule suivante : cette préparation doit être stérilisée suivant l'usage.

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

L'adjonction de sulfate de soude a semblé faire disparaître complètement la légère douleur que déterminait la solution simple de chlorure de sodium.

La seringue étant chargée de solution maintenue à la température de la chambre ou même légèrement tiède au bain-marie, on injecte sous la peau 5 centimètres cubes au niveau de chacun des points douloureux.

Un même malade peut, dans une même séance et cela sans aucun inconvénient, recevoir quatre, cinq et même six injections.

La profondeur à laquelle pénétrera l'aiguille variera suivant les régions. L'injection peut être véritablement hypodermique.

Mais dans la sciatique, par exemple, alors que la douleur a son maximum dans la région de la fesse, on enfonce l'aiguille perpendiculairement au plain cutané, et porter ce liquide au-dessous des aponévroses le long des ramifications nerveuses. Dans d'autres régions, partie supérieure et externe de la jambe (point péronié), partie intérieure et externe du même segment de membre (point malléolaire) le liquide sera déposé dans l'hypoderme.

On agira de la même façon pour combattre les douleurs qu'occasionnent la névralgie intercostale, la névralgie faciale.

Consécutivement à la pénétration du liquide dans les mailles du tissu conjonctif sous-cutané, il se forme une légère tuméfaction locale qui disparaît rapidement. On pourra hâter cette disparition en provoquant la diffusion et l'absorption du liquide infecté par quelques frictions douces exercées avec les doigts.

On évitera toute complication locale (érythème, abcès, etc.) en appliquant une couche de collodion sur chacune des régions du revêtement cutané qu'a traversées l'aiguille.

La méthode peut être appliquée pendant plusieurs jours consécutifs, chez le même malade, sans aucun inconvénient pour lui.

Il est arrivé souvent à M. Bernard de n'y recourir que tous les deux jours. Mais les séances n'ont jamais été très nombreuses, car dans la majorité des cas, après

trois ou quatre séances, les douleurs avaient complètement disparu.

Dans les rares cas de récidives observés, une ou deux injections ont suffi pour soulager et guérir la malade.

M. Bernard donne un grand nombre d'observations de sciatique guérie par ce procédé. Mais il a traité avec succès aussi beaucoup de névralgies faciales, etc.

Il est bon de rappeler à ce propos que les injections d'eau simple ont été préconisées depuis longtemps contre les douleurs ; mais elles ont l'inconvénient d'être très douloureuses : et, chose remarquable, les injections d'eau distillée le sont encore plus. M. Bernard rapporte à ce sujet avoir fait, dans un cas de sciatique, une injection qui provoqua une telle douleur que le malade perdit connaissance. En faisant une enquête sur le liquide employé, il découvrit qu'au lieu de sérum artificiel, on lui avait fourni de l'eau distillée.

(*Journ. de méd. et de chirur. prat.*)

Traitement des cancroïdes

On connaît la formule de S. Cerny et Trunecek pour le traitement des cancroïdes :

Acide arsénieux 1 gramme.
Alcool éthylique } à 75 —
Eau distillée }

On badigeonne avec ce liquide la surface du cancroïde, au préalable abstergée et cruentée au besoin. Le lendemain et les jours suivants, on fait une nouvelle application et, quand la croûte s'est épaissie, on sert d'une solution plus concentrée (40 grammes d'alcool et d'eau). Lorsque la place ne présente plus d'induration ni sur ses bords ni dans sa cavité et qu'elle se transforme en une plaie bourgeonnante recouverte d'une fine pellicule blanchâtre, on la panse avec une pommade boriquée au 1/10 et on évite les cicatrices.

Aujourd'hui, Trunecek pense qu'on peut supprimer l'alcool.

Ceci est une nouvelle preuve que les découvertes des modernes ne sont souvent qu'apparentes, car c'est revenir à la formule ancienne, à la *pâte arsenicale* du frère Côme ;

Arsenic blanc 1 gramme.
Cinabre 5 —
Eponge calcinée 2 —

Pulvérisiez.

Au moment de s'en servir, dit Bouchardat, on délaye la poudre dans un peu d'eau jusqu'à consistance de bouillie et, avec un pinceau, on en étend légèrement une médiocre quantité. On recouvre d'agaric mouillé. L'échare tombe 10 à 30 jours après.

La formule de M. Danlos est faite pour combattre la douleur que provoque le caustique ; la voici :

Chlorhydrate de cocaïne. . . } à 1 gramme
 Acide arsénieux. }
 Orthoforme 10 —
 Délayer dans l'eau pour faire une pâte.
 (Journ. de méd. int)

La variole et la levure de bière

M. le Dr Piétri, de Nice, a eu l'heureuse idée de traiter deux cas de variole par la levure de bière. Il s'agissait de varioles très confluentes, chez deux hommes vigoureux, d'une quarantaine d'années, non revaccinés depuis leur enfance. Grâce à la levure de bière fraîche, donnée à la dose de 5 à 6 cuillerées à cafés par jour sans aucun autre traitement, les pustules se sont séchées très rapidement, sans suppuration et fièvre; il n'est resté aucune marque sur le corps et le visage des malades.

Le Dr Piétri croit que la levure de bière fraîche est appelée à rendre de grands services dans la variole, elle pourrait même (comme pour les furoncles) en la donnant tout à fait au début de la variole, faire avorter complètement ces pustules.

Evidemment, deux observations sont insuffisantes pour entraîner la conviction, mais le champ est ouvert, on peut essayer la levure de bière dans la variole, il n'est pas douteux qu'on obtienne de bons résultats.

Cette méthode est appliquée d'ailleurs, de temps en temps et donne de nombreux succès; nous avons déjà publié dans ce journal des cas de variole traités par la levure de bière isolément par d'autres confrères. Qu'on s'en souvienne et qu'on n'oublie pas d'y avoir recours dans toutes les occasions, afin de rassembler un nombre respectable de cas bien probants.

(Le concours méd.)

Traitement de l'hydrocèle par l'injection de chlorure de zinc.

Cette méthode, qui a été préconisée pour la première fois par Popaillon, s'applique à l'hydrocèle simple, non récidivée, à parois souples, dont le traitement classique est encore, à l'heure actuelle, la ponction suivie d'injection iodée. M. le Dr Fieux vient d'en faire une étude très complète en s'appuyant surtout sur les observations recueillies dans le service de M. le Dr Blanc (de Saint-Etienne), observations qui montrent bien les avantages qu'on peut en tirer.

Les inconvénients de l'injection iodée sont surtout la douleur, la nécessité d'un long repos au lit ou à la chambre, la possibilité de la suppuration et parfois d'accidents plus graves. Tous ces inconvénients paraissent évités dans la méthode au chlorure de zinc.

Le manuel opératoire est des plus simples: le seul instrument nécessaire est une seringue de Pravaz. Les précautions antiseptiques ordinaires étant prises, on

commence par ponctionner l'hydrocèle avec l'aiguille de la seringue et par retirer une quantité de liquide variable suivant le volume de la tumeur. Si l'on a affaire à une hydrocèle très volumineuse, il faut retirer une certaine quantité de liquide, 50 ou 100 grammes, ou même plus; si elle est de volume moyen, 20 à 30 grammes suffisent; enfin si c'est une petite hydrocèle, quelques gouttes suffisent. Dans ce dernier cas, on peut même s'abstenir de toute évacuation, à moins que la tumeur ne soit très tendue. L'évacuation préalable a pour but de diminuer la tension du liquide de l'hydrocèle et de permettre ainsi que la solution de chlorure de zinc se mêle mieux à ce liquide et arrive plus facilement au contact des différents points de la paroi de la poche.

Cela fait, on injecte alors, suivant le volume de l'hydrocèle, de un quart à une seringue de Pravaz d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Mais il est très important, pour avoir un bon résultat, que la solution soit préparée depuis peu; il est même préférable que, pour chaque nouvelle injection, on fasse préparer une nouvelle solution. Il faut aussi employer du chlorure de zinc sec et de l'eau distillée et bouillie. Comme il en faut très peu pour chaque injection, on peut employer la formule suivante:

Chlorure de zinc..... 1 gramme.
 Eau distillée et bouillie..... 10 —

L'injection ne doit pas être poussée brusquement mais très lentement, goutte à goutte, en faisant varier l'aiguille en la dirigeant dans tous les sens, pour favoriser le mélange de la solution injectée au liquide de la vaginale. En même temps, on malaxe doucement la vaginale et on continue un peu ces malaxations après l'injection.

Cette opération, si cette intervention mérite ce nom, n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine, du moins au moment où on la fait. Nul besoin d'injection de cocaïne préalable; on n'a à redouter ni syncopes, ni convulsions. La piqûre du testicule ou l'hématocèle traumatique ne sont pas à craindre non plus; enfin nul risque de la pénétration du médicament dans le tissu cellulaire du scrotum.

Les suites varient un peu. Ordinairement, la réaction est peu prononcée, et le séjour au lit inutile. Cependant il est plus sage de faire garder le lit au malade pendant deux ou trois jours. En général, peu après l'injection, le patient ressent quelques douleurs, peu vives d'ailleurs, dans la région testiculaire, s'irradiant le long du cordon vers l'abdomen; dans un certain nombre de cas, les malades n'ont ressenti aucune douleur. Il peut y avoir un peu de rougeur du scrotum, qui donne au malade la sensation d'être plus volumineux et plus lourd.

Il peut y avoir aussi une légère augmentation de volume par suite de la formation de liquide consécutive à l'irritation, mais tout cela diminue très vite et, en

15 à 20 jours en moyenne, la guérison est complète.

Les suites éloignées sont également très favorables, et les récidives paraissent rares, beaucoup plus rares même qu'après l'injection iodée.

Ce mode de traitement est applicable à
kystes du cordon et aux kystes spermatiques.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Traitement de la toux utérine

(Léon ARCHAMBAULT)

On la calmera par le repos au lit où à la chaise longue et on mettra en usage les calmants habituels, en particulier l'opium qui a une action élective sur l'utérus, l'hamamelis ou le viburnum :

Teinture de Viburnum prunifolium	} aa XX gouttes.
Teinture d'Hamamelis virginica....	
Elixir de Garus.....	20 grammes.
Eau de cannelle.....	} aa 90 —
Eau de tilleul.....	

Pour une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

On se trouvera bien de l'application d'un ovule sédatif sur le col, par exemple :

Extrait d'opium.....	} aa 0 gr. 50
Extrait de belladone.....	
Chlorhydrate de cocaïne.....	} Q. S. pour un ovule
Glycérine.....	
Gélose.....	} aa 0 gr. 50
Bromure de zinc.....	
Valérianate de zinc.....	} Q. S. pour 10 pilules.
Conserves de roses.....	

De 1 à 3 pilules.

Au moment de la menstruation, la toux sera traitée par tout ce qui peut régulariser la fonction cataméniale. Pédiluves, sinapismes et ventouses sur les lombes, injections à 45° avec la canule à double courant d'Auvard, avant : apiol (0 gr. 10 à 0 gr. 20), teinture d'iode (X à XV gouttes), ou, au contraire, ergotine et hamamelis, après.

Pour les laryngites consécutives et réflexes qui surviennent au début des règles, je me sers de fumigations avec :

Menthol.....	4 grammes.
Essence de melaleuc.....	1 —
Huile d'olive.....	100 —

Une cuillerée à café dans une cuvette d'eau chaude.

L'asthme utérin relèvera des préparations à base de datura ou de belladone : et c'est là que les sédatifs du système nerveux pourront être administrés; en particulier le chloral et le bromure ou l'association des deux médicaments.

(*Jour. de méd. de Paris*)

Traitement de la morphinomanie.

M. René VERHOOGEN (de Bruxelles).

Jusqu'ici, pour guérir les morphinomanes, on a eu recours à trois méthodes : la première, la méthode lente, consiste à diminuer graduellement, d'un centigramme par jour, la dose de morphine injectée par le malade. Ce procédé peut donner de bons résultats, mais il est difficile à employer. Il existe en effet beaucoup de bonne volonté de la part du malade et pendant longtemps ; pour des sujets habitués à des doses journalières de 3 grammes à 2g50, il faut environ deux cents à deux cent cinquante jours pour achever la cure et des rechutes viennent fréquemment compromettre le résultat de celle-ci ; en cas de rechute, en effet, un second essai devient difficile, car on se heurte le plus souvent au mauvais vouloir du malade, agacé par la longue durée du traitement.

Le second procédé, la suppression rapide, est susceptible de donner des résultats excellents, cependant il prête à des inconvénients fort graves. Tout d'abord, il faut pouvoir enfermer le malade, l'empêcher de sortir être sûr de la fidélité des gardiens, qui souvent, se laissent facilement corrompre et procurent de la morphine aux malades.

Parmi les inconvénients, on observe quelquefois du collapsus survenant brusquement et pouvant amener une syncope mortelle.

Le troisième procédé, procédé d'Erlenmeyer, est intermédiaire à ces deux méthodes. Il consiste à supprimer la morphine dans l'espace de huit à dix jours, de façon à éviter les grands dangers dus à la suppression brusque. C'est le procédé qui a été le plus employé dans ces derniers temps et auquel M. R. Verhoogen donne la préférence.

Qu'arrive-t-il quand on supprime brusquement la morphine ?

Le premier jour, le malade le supporte sans grands troubles. La cause de cette absence de symptômes, c'est que, prévoyant la privation de la cure, il a eu soin, généralement, de s'injecter une dose plus considérable que d'habitude, il s'est soumis la veille, à la dose de luxe. Aussi comme il est venu faire sa cure plein de bonne volonté, il supporte facilement la privation, malgré quelques crampes dans les mollets, une certaine impatience, des transpirations abondantes. S'étant surchargé la veille, il souffre moins qu'il ne s'y est attendu.

Le deuxième jour, les symptômes s'accroissent, la contracture des pupilles de morphinomanie saturé fait place à la dilatation, le malade est fatigué, brisé, ses crampes deviennent plus fortes.

Le troisième jour de l'angoisse, des étournements, une sensation de froid se manifestent, le malade grelotte et sue d'abondance. Le quatrième jour, survient souvent une crise d'hystérie, purement symptomatique, toxique, sans qu'il y ait de véritable hystérie. Ce sont

ces symptômes qui constituent la *faim morphinique*. Celle-ci est impérieuse et le malade ne recule pas devant la force, l'assassinat même, pour se procurer de la morphine.

Le symptôme le plus grave, comme il a été dit plus haut, c'est le collapsus qui arrive sans signes précurseurs apparents, le sujet tombe à la renverse, le pouls est imperceptible, le cœur s'arrête, et parfois la mort s'ensuit.

La raison d'être de tous ces phénomènes, dit M. Verhoogen, se trouve dans la desquamation de tous les épithéliums des muqueuses de l'organisme par hyper-sécrétion muqueuse intestinale, sudorale, etc., dans la contraction des fibres lisses vasculaires. Le tracé sphygmographique du malade permet de prévoir le collapsus. On observe le troisième jour, que l'ascension est moins forte, avec un sommet formant une courbe plus large, il n'existe plus le léger microtisme habituel. Lorsque le collapsus menace, la ligne d'ascension se termine par une ligne horizontale. La cause en est constriction vasculaire généralisée, opposant au cœur une résistance extrême, et l'organe se fatigue et s'arrête parfois brusquement. L'administration de morphine rétablit le tracé sphygmographique et fait disparaître les symptômes menaçants.

Le procédé intermédiaire met à l'abri de ces dangers. Pour l'appliquer. M. Verhoogen suit le plan suivant, Soit un malade habitué à 50 ou 60 centigrammes de morphine quotidiennement. Le premier jour, on accorde la moitié de la dose habituelle, le second jour 10 centigrammes, le troisième jour 5 centigrammes et l'on y reste aussi longtemps qu'il est nécessaire pour éviter le collapsus, jusqu'à ce que le pouls soit redevenu normal; alors en quelques jours on supprime totalement la morphine.

(*La Policlique — Gaz. des hôp.*)

INTERETS PROFESSIONNELS

Le bill Roddick (1)

Acte à l'effet d'établir un conseil médical en Canada

Sa Majesté, par et avec l'avis et le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, décrète ce qui suit :

1. Le présent acte peut être cité comme l'*Acte Médical du Canada, de 1902*.

2. Dans le présent acte, à moins que le contexte n'exige une interprétation différente,—

(a) l'expression "médecine" sera censée comprendre la chirurgie et l'art obstétrique, et l'expression "mé-

dical" ou "médicale" sera censée comprendre "chirurgical" ou chirurgicale" et obstétrique."

(b) l'expression "Conseil médical provincial" comprend "Bureau médical provincial."

3. Les personnes qui seront de temps à autre nommées ou élues, ou qui deviendront d'autre manière membre du Conseil médical du Canada, en vertu des dispositions du présent acte, sont constituées en corporation sous le nom de "Conseil médical du Canada,"— (*The Medical Council of Canada*),— ci-après appelé "le Conseil."

4. Le but du Conseil est—

(a) d'établir un degré d'aptitudes et de connaissances en médecine qui permettra à ceux qui l'atteindront d'être admis et autorisés à pratiquer dans toutes les provinces du Canada ;

(b) d'établir un registre des praticiens et étudiants en médecine canadiens, et faire la compilation, la révision et la publication de ce registre ;

(c) d'établir et fixer les qualités et connaissances exigées pour l'inscription, y compris les cours d'études à suivre, les examens à subir, et en général les conditions requises pour l'inscription ;

(d) de créer et maintenir un bureau d'examineurs pour l'examen des aspirants et l'octroi de certificats de capacité ;

(e) de travailler à élever la profession médicale en Canada à un niveau tel qu'elle puisse être reconnue dans le Royaume-Uni, et que les praticiens canadiens puissent acquérir le droit de s'y faire inscrire en vertu des actes du parlement impérial désignés sous le titre de *Medical Acts* ;

(f) l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions du présent acte, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés.

5. Le Conseil pourra acquérir et garder tous immeubles qui lui seront nécessaires ou utiles pour atteindre ses fins ou en tirer un revenu applicable à cet objet, et il pourra les vendre, les louer, ou autrement en disposer ; mais la valeur annuelle des immeubles possédés et et gardés par le Conseil pour des fins de revenu ne devra jamais dépasser la somme de vingt-cinq mille piastres.

6. Le Conseil sera composé—

(a) d'un membre de chaque province, qui sera nommé par le Gouverneur en conseil ;

(b) de membres représentant chaque province, dont le nombre sera fixé suivant le nombre de praticiens enregistrés en vertu des lois de la province, dans les proportions suivantes :—

Pour le premier 100, ou toute fraction de ce nombre..... Un

Pour le second 100, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié..... Un

(1) Nous publions le texte même du Bill afin que tous les médecins en prennent connaissance dans le cas où on leur demanderait leur opinion sur l'opportunité sur une semblable mesure.

Après les premiers 200, pour chaque 600 suivants, ou une fraction de ce nombre dépassant la moitié..... Un

Ces membres seront élus par le Conseil médical provincial suivant les règlements qu'il établira à cette fin ;

(c) d'un membre de chaque université en Canada engagé dans l'enseignement actif de la médecine, qui sera élu par l'université conformément aux règlements établis ou prescrits par la loi pour la gouverne de l'université ;

(d) de trois membres qui seront élus par ceux des praticiens en Canada qui sont reconnus, par la loi de la province, où ils pratiquent, comme formant une école particulière et distincte de la pratique de la médecine, et qui, en cette qualité, ont droit, en vertu de la dite loi, de pratiquer dans la province.

20 Personne ne sera membre du Conseil, à moins qu'il ne—

(a) réside dans la province pour laquelle il sera nommé ou élu ;

(b) soit inscrit comme membre de la profession médicale en conformité de la loi de la province qu'il représentera ;

(c) soit inscrit comme médecin pratiquant dans le registre établi en vertu des dispositions du présent acte mais cette qualité ne sera requise d'aucun des membres composant le Conseil à son origine.

30 Aucune province ne sera représentée au Conseil, soit par des membres nommés ou élus, avant que la législature de la province n'ait statué que les étudiants en médecine et les praticiens régulièrement inscrits comme tels par le Conseil pourront, sans plus amples études, être inscrits comme étudiants ou praticiens reconnus en conformité des lois de cette province.

7. La durée de charge des membres nommés sera de quatre ans.

2. Les membres élus par les Conseils médicaux provinciaux resteront en charge jusqu'à l'expiration du mandat des membres du Conseil médical provincial de la province pour laquelle ils auront été élus.

30 Tous les autres membres seront élus pour quatre ans.

40 Tout membre pourra en tout temps donner sa démission par avis écrit adressé au président ou au secrétaire du Conseil. Si cette démission est acceptée, le Conseil la signifiera par écrit, si c'est un membre nommé, au Secrétaire d'Etat du Canada, et si c'est un membre élu, au secrétaire du Conseil médical de la province ou à l'université qu'il représentera.

5. Toute personne qui est ou a été membre, si elle possède les qualités requises, pourra être nommée de nouveau ou être réélue ; mais personne ne pourra cumuler les fonctions de deux membres.

6. Dans le cas de membres du Conseil dont la durée de charge touchera à sa fin, leur successeurs pourront

être nommés ou élus en tout temps dans les trois mois qui précéderont l'expiration de leur fonctions ; néanmoins, lorsqu'il se produira quelque vacance parmi les membres du Conseil, soit par expiration de la durée de charge, soit pour toute autre cause, cette vacance pourra être remplie en tout temps.

7. Si l'autorité compétente à élire un membre néglige de le faire, ou manque d'élire un membre possédant les qualités requises, ou de transmettre le nom du membre élu au secrétaire du Conseil dans un délai raisonnable après que cette élection aurait pu avoir lieu, alors, après avis donné par le Conseil invitant cette autorité à faire cette élection et son rapport au Conseil sous un mois de la date de la signification de cet avis, le Conseil pourra, si le manquement se continue, faire cette élection lui-même.

8. Un membre nommé ou élu pour remplir une vacance causé par décès ou démission du titulaire, aura les mêmes attributions que celui qu'il remplacera, et occupera la charge pendant le temps qu'il lui resterait à la remplir.

9. S'il surgit quelque doute ou contestation au sujet des qualités exigées ou de la validité de l'élection d'un membre, le Conseil médical provincial ou l'université en décidera, et sa décision sera définitive.

8. Le Conseil pourra, au besoin,—

(a) élire dans son sein un président, un vice-président et un comité de régie ;

(b) nommer un registraire, qui pourra aussi, si la chose est jugée à propos, agir comme secrétaire ou trésorier ;

(c) nommer ou engager tous autres officiers et employés qu'il jugera nécessaire pour les fins du présent acte et sa mise à exécution.

(d) exiger et recevoir du registraire, ou de tout autre officier ou employé, tel cautionnement, pour la bonne exécution de ses devoirs, que le Conseil jugera nécessaire ;

(e) fixer l'indemnité ou la rémunération qui sera payée au président, au vice-président et aux membres, officiers et employés du Conseil.

9. Le Conseil tiendra sa première assemblée en la cité d'Ottawa, à la date et à l'endroit que fixera le ministre de l'Agriculture ; et ensuite, les assemblées annuelles du Conseil auront lieu aux époques et aux endroits que fixera le Conseil au besoin.

2. Jusqu'à ce qu'il y soit autrement pourvu par ordonnance ou règlement du Conseil, vingt et un de ses membres formeront quorum, et tous les actes du Conseil seront décidés par la majorité des membres présents.

3. Le président ou le vice président, lorsqu'il occupera le fauteuil, et tout membre qui présidera à une réunion du Conseil ou de quelque comité, aura voix prépondérante en sus de sa voix comme membre du Conseil ou du comité.

10. Le Conseil pourra en tout temps établir des

règlements, non contraires à la loi ou aux dispositions du présent acte, à l'égard des fins suivantes :—

- (a) celles mentionnées à l'article 8 du présent acte;
- (b) la direction, la conduite et l'administration du Conseil et de ses biens et propriétés ;
- (c) la convocation et la tenue des assemblées du Conseil, les dates et localités où auront lieu ces assemblées, les délibérations et l'expédition des affaires, et le nombre de membres nécessaire pour former un quorum ;
- (d) les pouvoirs et les devoirs du président et du vice-président, et le choix de leurs remplaçants, s'ils ne peuvent agir pour quelque cause que ce soit ;
- (e) la durée de charge des officiers, et les pouvoirs et devoirs du registraire et des autres officiers et employés ;
- (f) l'élection et la nomination d'un comité de régie et d'autres comités pour des fins générales et spéciales ; la définition de leurs pouvoirs et devoirs ; la convocation et la tenue de leurs réunions, et la procédure à suivre pour l'expédition de leurs affaires ;
- (g) en général, toutes contributions à imposer, payer ou recevoir en vertu du présent acte ;
- (h) l'admission, l'immatriculation et l'inscription des praticiens et étudiants en médecine, sauf les dispositions du présent acte ;
- (i) les qualités requises de tous ceux qui désireront se faire inscrire, soit comme praticiens, soit comme étudiants, en vertu du présent acte, y compris l'établissement, le maintien et la tenue d'examens pour s'assurer si ces personnes possèdent ces qualités : le nombre, la nature, les époques et le mode de ces examens ; la nomination des examinateurs : les conditions auxquelles seront reçus comme preuve de capacité l'immatriculation et les certificats des universités, collèges et autres institutions d'éducation, ou des corps administratifs d'autres professions ; la dispense pour les candidats, soit partielle, soit totale, de subir des examens ou qui est nécessaire ou opportun pour en atteindre le but ;
 Pourvu, néanmoins, que—
- (i) la manière des cours d'études établis par le conseil ne soit jamais inférieure à celle des cours les plus élevés alors établis pour la même objet dans aucune province ;
- (ii) le programme des examens, soit préliminaires, soit professionnels, ne soit jamais inférieur aux meilleurs programmés alors établis dans le but de constater les capacités des candidats à l'inscription dans aucune province ;
- (iii) la possession seule d'un degré d'une université canadienne ou d'un certificat d'inscription provinciale fondée sur cette possession, ne donne pas à son porteur le droit d'être inscrit en vertu du présent acte ;
- (j) la reconnaissance des diplômés par une corporation ou autorité britannique, canadienne, coloniale ou étrangère, autorisée à en décerner ; l'élaboration et la mise à exécution de tout projet de réciprocité au sujet

de l'inscription des praticiens avec toute corporation ou autorité médicale britannique, coloniale ou étrangère : les termes et conditions auxquels, et le cours d'études à la suite duquel les praticiens auront le droit de se faire inscrire en vertu du présent acte, lorsque ces praticiens seront dûment inscrits ou diplômés sous l'empire des lois du Royaume-Uni, ou de celles de toute possession britannique autre que le Canada, ou des lois de tout pays étranger, si cette possession britannique ou ce pays étranger accorde des avantages réciproques au Canada ;

(k) en général, toute chose au sujet de laquelle il deviendra nécessaire ou opportun de pouvoir ou de régler pour atteindre le but du présent acte suivant son intention générale.

2. Aucun règlement promulgué en vertu du présent article n'aura force d'exécution avant d'avoir été approuvé par le Gouverneur en conseil.

(A suivre)

FORMULAIRE

CONTRE LA LABYNGITE AIGUE

Aspirer deux ou trois fois par jour les vapeurs du mélange dont on fera évaporer quelques gouttes dans une cuillère en fer, chauffée au-dessus d'une lampe.

- Menthol 3 grammes.
- Essence de pin sylvestre
- Essence de benjoin
- Essence de tohi
- Essence d'eucalyptus à 2 grammes

(Progrès méd.)

NOUVELLES.

CONGRES FRANCAIS DE MÉDECINE

La 6ème session du 4ème Congrès Français de Médecine, se tiendra à Toulouse, à partir du 1er avril, 1902, sous la présidence de M. le Dr. Lemoine (de Lille.)

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :
 1° "Insuffisance hépatique: Rapporteurs: MM. les Drs. Sucany (de Montpellier) Ver Eeckb (de Gand).
 2° "Les Convulsions Chez l'Enfant"; Rapporteurs: MM. les Drs. Moussous (de Bordeaux), d'Esjuine (de Genève).
 3° Les Médicaments d'Epargne: Rapporteurs: MM. les Drs. Soulier (de Lyon) Henrijeau, (de Liège).

XIVe Congrès International de médecine*Madrid, 23 30 Avril 1903*

Les travaux préparatoires du XIVe Congrès international de Médecine qui doit avoir lieu à Madrid dans les jours du 23 au 30 Avril 1903, se poursuivent activement.

Dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique des Comités Nationaux de propagande se sont constitués. Le Ministre des Affaires étrangères d'Espagne a invité tous les Gouvernements à se faire représenter au Congrès ; une invitation analogue a été envoyée à toutes les Universités, Ecole de Médecine etc., ainsi qu'aux principales Sociétés médicales de tous les pays. Parmi les nombreuses inscriptions qui jusqu'à présent sont parvenues au Secrétariat général, figurent déjà 85 Délégués, et tout fait prévoir que la participation à ce Congrès ne le cèdera en rien à celle des Congrès passés.

L'organisation scientifique ne promet pas moins de bons résultats. Parmi les illustrations médicales qui déjà ont annoncé des conférences de grand intérêt, citons Pavlov, Thomson, Maragliano, Laache, Waldeyer, Cajal, etc. etc.—Les différentes Sections ont commencé à désigner les rapporteurs étrangers.—Dans le programme préliminaire qui va être publié dans peu de temps figureront, en outre des thèmes officiels, nombre de communications qui ont été annoncées.

Les démarches nécessaires ont été faites pour obtenir des Compagnies de Chemins de fer et de Navigation les réductions d'usage le résultat sera publié ultérieurement.

Les Médecins qui ne seront pas empêchés par leurs occupations de se rendre au Congrès de Madrid, peuvent être sûrs qu'un accueil des plus chaleureux les y attend ; en fait foi le grand enthousiasme qui anime tout le Corps médical espagnol.

En vue de faciliter le grand travail que l'année précédant le Congrès apportera au Secrétariat général, MM. les médecins qui désirent s'inscrire comme membres, sont priés de le faire le plus tôt possible, en joignant à leur demande un chèque sur Madrid de 30 Pesetas (23 à 25 francs selon les oscillations du change).

Le congrès sera divisé dans les sections suivantes :

- 1.) Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).
- 2.) Physiologie, Physique et Chimie biologiques.
- 3.) Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.
- 4.) Thérapeutique et Pharmacie

}	a) Thérapeutique.
	b) Hydrologie médicale.
	c) Pharmacie.
- 5.) Pathologie interne.
- 6.) Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.
- 7.) Pédiatrie.

8. o e et syphiligraphie.
- 9 Chirurgie générale.....

}	a) Chirurgie et Opérations chirurgiques.
	b) Urologie.
- 10.) Ophtalmologie.
- 11.) Oto-Rhino-Laryngologie

}	a) Otologie.
	b) Rhino-Laryngologie.
- 12.) Odontologie et Stomatologie.
- 13.) Obstétrique et Gynécologie.
- 14.) Médecine et Hygiène Militaire et Navale.
- 15) Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique.
- 16) Médecine légale et Toxicologie.

Congrès égyptien de médecine

Le premier congrès égyptien de médecine se tiendra au Caire du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902, sous la présidence du docteur Ibrahim pracha Hassau. Ce congrès international a pour objet l'étude des maladies qui s'observent le plus fréquemment dans les pays chauds. Sont mises plus particulièrement à l'étude du congrès les questions suivantes :

Hépatite des pays chauds et abcès du foie. — Bilharzia hæmatobia. — Fièvres bilieuses. — Fièvres paludiennes. — Filariose. — Ankylostome duodéal. — Choléra. — Dysentérie. — Lèpre. — Peste. — Lithiase urinaire, — Granulations conjonctivales. — Anomalies de la réfraction dans les écoles. — Ophtalmie égyptienne. — Ophtalmie purulente.

Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes*(Session de Grenoble, août 1902)*

Le prochain congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra, du 1er août au 8 août prochain, à Grenoble, sous la présidence de M. le docteur E. Négis, professeur de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Les questions qui feront l'objet de rapport sont les suivantes :

- 1° *Pathologie nerveuse* : Les tics en général, Rapporteur M. Noguies (de Toulouse).
- 2° *Pathologie mentale* ; Des états anxieux dans les maladies mentales. Rapporteur M. Lalanne (de Bordeaux).
- 3° *Médecine Légale* ; Les auto accusateurs au point de vue médico-légal. Rapporteur M. Ernest Dupré (de Paris).

Supplément Littéraire

LE D^r GILBERT

par M. le Dr JEHIN-PRUME (Montréal)

(Suite.)

Quelques minutes plus tard Gilbert et son guide étaient sur la route du château de Morsebiec, et en moins d'une demi-heure pénétraient dans la vieille demeure seigneuriale. Le médecin pu se rendre compte de l'importance que le château avait dû avoir autrefois. Si de loin, Morsebiec était imposant, vu de près il montrait le côté formidable de sa structure séculaire.

Le pont-levis n'existait plus depuis longtemps, mais si les chaînes brisées par le temps ne permettait plus au pont de se relever, celui-ci n'en restait pas moins jetté sur un fossé à trois quart comblé.

La voiture fit résonner les voutes de la poterne, et pénétra dans une première enceinte limitée au dehors par les murs, et en dedans, par le château même. Alors seulement, Gilbert pu se rendre compte de l'importance de la forteresse. Au centre, un donjon relié à la bâtisse principale par un prolongement d'une structure plus délicate et dont les grands vitraux colorés disaient l'usage. Puis, le château lui-même formant un carré parfait dont le centre était le donjon, et l'espace, la cour d'honneur. C'est dans cette cour d'honneur que Gilbert descendit, et son guide le fit pénétrer dans le château et le conduisit jusqu'aux appartements de la comtesse.

Comme on le voit, Madame de Morsebiec n'avait pas perdu de temps, et le lendemain même de sa conversation avec le vieux notaire, elle avait envoyé un domestique chercher le jeune médecin. Comme Alain; tel était le nom de ce serviteur; l'avait dit au docteur Gilbert, Yvonne le matin de ce jour avait eu une faiblesse tout-à-fait imprévue. La pauvre enfant s'était levée plus pâlotte et plus faible que jamais, et sans l'aide de sa femme de chambre elle n'aurait pu terminer sa toilette.

La comtesse en voyant sa fille dans un tel état en fut terriblement effrayée et une fois encore essaya de la persuader de se soigner.

"Je vous assure, ma mère, que cela ne sera rien, ce n'est qu'un malaise passager et tout ne tardera pas à revenir comme par le passé."

"Malheureuse enfant," s'écria Madame de Morsebiec, "tu ne te vois pas, chaque jour tu perds de tes forces, et un mal terrible te ronge sans que tu veuilles y attacher la moindre attention.

"Vous exagérez, chère mère, et votre cocur si bon et si tendre, se fait une montagne d'une chose insignifiante."

"Je t'en prie, chère Yvonne, pour faire plaisir à ta vieille mère, consulte un médecin, si tu n'es pas malade, cela n'aura causé qu'un trouble insignifiant, et si, au contraire, tu l'étais, vois donc l'avantage que tu retirerais de cette consultation."

"Mais où voulez-vous donc que j'aille?" demanda la jeune fille.

"Où tu voudras, chère enfant," répondit la comtesse, à Quimper, à Nantes, à Paris même si cela te convient."

"C'est si loin tout cela," dit la jeune fille en secouant sa tête blonde.

"Mais, non, ce n'est pas loin, et, encore, si tu le préfères, faisons venir ici un médecin."

"Qui cela?"

"Eh bien," dit Madame de Morsebiec, "hier au soir notre bon ami Duvandois me parlait d'un jeune médecin nouvellement établi dans le pays."

"Vraiment, à Morsebiec?" dit Yvonne, "c'est curieux, je n'en avais jamais entendu parler."

"Il paraît qu'il est très bon médecin et possède auprès de nos gens toute une réputation. Voyons, veux-tu que nous l'essayons?"

"Si vous voulez, ma mère," dit Yvonne, d'un air ennuyé, "je sais que cela est inutile, mais enfin, c'est votre désir et qu'il en soit ainsi."

Quelques instants plus tard, Alain, à la fois intendan et majordome, partait chercher Gilbert, et comme nous l'avons vu, revenait avec lui et s'introduisait dans l'antique château des Comtes de Morsebiec.

V.

La salle dans laquelle Gilbert fut introduit était une des plus riches du château. L'ornementation en était de style Louis XIII., avec mobilier datant de cette époque, aux murs, de superbes peintures représentant des membres de la famille de Morsebiec.

La comtesse était seule, car désirant s'entretenir avec le médecin, elle avait momentanément éloigné sa fille.

"Docteur," dit-elle, "si je vous ai fait demander ce matin c'était pour vous faire part d'une crainte très grande que j'ai à l'égard de la santé de ma fille."

"En effet," répondit Gilbert, "votre serviteur m'a fait comprendre que vous éprouviez une très grande inquiétude à propos de la santé de Melle de Morsebiec."

"Voici docteur, ce que j'ai à vous dire, car avant que je vous présente la malade, il est de mon devoir de vous donner quelques détails indispensables."

"Je vous écoute, Madame."

"Depuis environ trois mois, Yvonne, n'est plus la même, son caractère semble changer, son teint est pâle et son visage jadis rond et rose est aujourd'hui amaigri. Elle passe des heures entières à rêver, elle qui jadis était vive et pétillante comme une abeille, ses yeux bistrés n'ont plus le même regard, mais une flamme étrange, mystérieuse, leur donne un éclat qui me fait peur."

"Mademoiselle de Morsebiec se doute-t-elle du changement qui s'est opéré en elle depuis quelque temps ?"

"Non, docteur, je ne sais si elle l'ignore ou si elle veut me cacher ce qu'elle éprouve, mais je vous assure que rien ne peut tromper le cœur d'une mère. Je sens qu'un danger la menace et c'est justement pour le combattre que je vous ai fait appeler."

"A ces phénomènes," demanda Gilbert, "en connaissez-vous d'autres, d'un ordre physique, qui puissent nous renseigner sur la nature probable du mal ?"

"Oui," dit Madame de Morsebiec, "de fréquentes faiblesses, et, depuis quelques jours, une toux sèche, pénible, suivie de légers crachements de sang."

"D'après ce que vous venez de me dire, Madame la Comtesse, je me rends parfaitement compte de vos inquiétudes, et je vous rends grâce de m'avoir fait prévenir. Il est certaines maladies qui, laissées à elles-mêmes, ne peuvent qu'entraîner leurs victimes vers une pente fatale, dans laquelle la science reste absolument impuissante. Au contraire, prises à temps, ces affections sont très souvent combattues avec d'énormes chances de succès. Malheureusement, soit par ignorance, tel est le cas, dans une certaine classe de la société, ou par négligence, tel est le fait chez les gens du monde, on attend généralement que la maladie soit victorieusement implantée, avant de songer à prendre des armes contre elle. Vous voyez d'ici, Madame la Comtesse, la lutte inégale que le médecin aura à soutenir, il est vrai qu'il a en main bien des moyens, la stratégie médicale est riche en ressources de toutes sortes, mais si le terrain devient mauvais, il doit, soldat vaincu, battre en retraite devant un ennemi plus fort que lui."

"Alors, croyez-vous qu'il soit trop tard, et que mon enfant soit réellement en danger ?"

"Je ne sais, madame, il me faut pour cela voir Mademoiselle de Morsebiec, et, en plus, me livrer à un examen des plus minutieux."

"Soit," docteur, "je vais faire prévenir Yvonne que vous êtes ici."

La Comtesse frappa sur un petit "gong," qui se trouvait à portée de sa main, et le vieil Alain entra.

"Prévenez Melle Yvonne que M. le Docteur Gilbert est ici avec moi."

"C'est bien, Madame la Comtesse," dit le serviteur, en saluant et sortant aussitôt.

"Maintenant, docteur, promettez-moi, quoique vous trouviez, que cela restera un secret entre vous et moi, car, voyez-vous Yvonne est d'un tempérament excessivement susceptible."

"Un médecin doit toujours, madame, ménager la susceptibilité d'un malade. Je sais que beaucoup n'ont pas la délicatesse de le faire, et que, brutalement, ils disent ce qui en est. Il est un proverbe: "La vérité n'est pas toujours bonne à dire." Et, pour nous, médecins, notre conscience doit se guider sur la marche des circonstances."

Gilbert avait à peine terminé ces paroles, que la porte s'ouvrit, et Melle Yvonne de Morsebiec fit son entrée. Gilbert, en apercevant la jeune fille, ne put s'empêcher de faire un mouvement, car, en elle, il venait de reconnaître la dame du "trou du diable."

L'émotion d'Yvonne n'en fut pas moins vive, mais se remettant rapidement et ne voulant pas que sa mère fut au courant de l'accident, elle fit un signe rapide à Gilbert qui comprit aussitôt.

Quant à Madame de Morsebiec, elle n'avait rien vu, rien deviné.

Agissant comme de parfaits étrangers l'un à l'autre, Yvonne et Gilbert passèrent cette première entrevue sans même laisser soupçonner qu'ils s'étaient déjà vus. Le jeune médecin fit ses devoirs professionnels, Yvonne, en malade docile, le laissa faire.

Enfin, après que Gilbert eut terminé son examen et écrit ses ordonnances, la jeune fille lui dit:

"N'est-ce pas, docteur, que je ne suis pas si malade que cela, et que ma mère a bien tort de s'inquiéter ?"

"Votre mère a raison de vous conseiller de veiller sur votre santé," dit Gilbert, "sans être malade, vous êtes en passe de le devenir, et jugez du chagrin de Madame la Comtesse, en vous sachant sérieusement indisposée. C'est donc à vous de songer à écouter mes ordonnances à la lettre, et de suivre ponctuellement mes prescriptions."

"Pour être agréable à ma mère," dit la jeune fille, "il n'est rien que je ne puisse faire."

Le médecin salua Yvonne, puis, se tournant vers la comtesse: "Vous pouvez avoir ces médicaments à Quemper, madame."

"Je vais immédiatement envoyer Alain les chercher chez mon pharmacien. Maintenant, docteur, quand reviendrez-vous ?"

"Après demain, Madame, pour juger de l'effet des médicaments."

(A suivre)

Travaux Originaux

GYMNASTIQUE SANS APPAREILS

par M. P. E. PREVOST, M. D.

(Suite)

4. MOUVEMENTS DE LA JAMBE ET DU PIED. Ces mouvements peuvent être faits avec vitesse ou lentement.

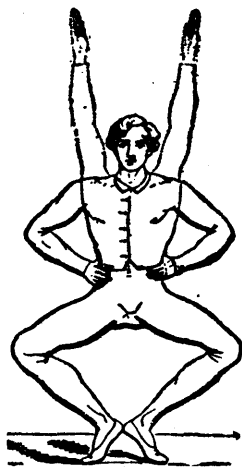
1o. Les talons sont doucement levés; tandis que le corps devenu droit, les pieds restent toujours dans la position du commencement, avec les talons joints l'un à l'autre.



(Fig. 10) Le corps soulevé par les orteils.

2o Flexion et extension des genoux — en 4 temps.

- (a) Talons : Soulevez !
- (b) Genoux : Fléchissez !
- (c) Genoux ; Tendez !
- (d) Talons : en bas !



(Fig. 11) Flexion et extension des genoux.

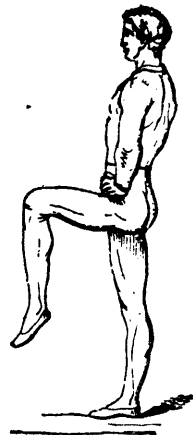
Remarque. — Vous pouvez ajouter d'autres mouvements qui compléteront l'exercice, comme ceux des bras tels que pointillés dans la figure précédente.

Une foule de mouvements peuvent être exécutés par les jambes et les pieds : 1o La flexion et extension d'un genou dans la position de marche ou de passe, que représente la figure suivante ;

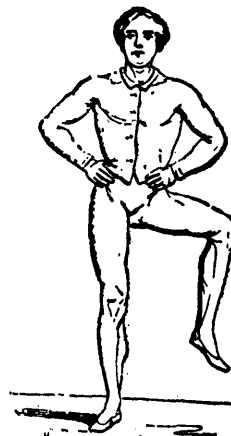


(Fig. 12) Position de passe.

2o L'exercice de l'exhaussement du genou en tous sens comme l'indiquent les figures suivantes:



(Fig. 13) Flexion du genou en avant.



(Fig. 14) Flexion du genou, mouvement en dehors.

3o La jambe peut être soulevée en avant, de côté et en arrière.

4o On peut faire exécuter au pied les mouvements d'extension, de flexion et de rotation.

(Chapitre tiré de notre livre qui est sous presse: "Traité élémentaire d'anatomie, de physiologie et d'hygiène privée, destiné aux écoles primaires".)

Revue des journaux

MEDECINE

La phlébite des membres, complication de l'infection blennorrhagiques

par M. CABAES (Thèse de Paris)

On sait que la blennorrhagie, maladie générale, peut déterminer dans les veines des membres les lésions de la phlébite. Cette phlébite étudiée par M. Cabaes est plus fréquente dans le sexe masculin. Son apparition est due à la pénétration dans la circulation sanguine du gonococque de Neisser ou de microbes pyogènes associés.

Caractérisée par les grands symptômes de la phlébite en général, elle est d'un pronostic bénin, ne suppure jamais, ne se complique qu'exceptionnellement d'embolie pulmonaire et ne laisse que rarement après elle de l'œdème ou une gêne fonctionnelle notable au niveau du membre inférieur, son siège habituel. Le diagnostic de la phlébite est aisé; le diagnostic étiologique repose sur l'examen microscopique des sécrétions génitales.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Gastralgie

par le Prof. S. LAURA.

R. E..., âgée de 23 ans, de bonne constitution, de tempérament nerveux, très sensible et très laborieuse; n'a, paraît-il, pas fait de graves maladies. Les conditions familiales me sont inconnues. Elle paraît singulièrement disposée à des névralgies faciales, et principalement à des états gastralgiques, surtout après des fatigues exagérées de longues stations debout, un repos insuffisant; elle a aussi un peu d'anémie, mais ses règles sont normales.

Les organes pulmonaires et digestifs, la rate et les reins n'offrent symptomatiquement aucun désordre remarquable; la région épigastrique n'est pas tuméfiée et la douleur se limite, au creux de l'estomac, dans un espace très restreint. La pression, même modérée, augmente la souffrance.

Elle est très sobre d'aliments, elle ne boit pas de vin ou très rarement.

Les douleurs sont indépendantes des repas et ne montrent aucun rapport de temps avec les moments de l'acte de la digestion.

Telle est sommairement l'histoire très simple de ce cas.

Il s'agit ici d'un trouble purement nerveux de l'estomac. A cause des vives souffrances qui lui rendent difficile sa profession de domestique, il faut lui porter rapidement secours, d'autant plus que l'affection nerveuse peut, avec le temps, produire des désordres circulatoires et même d'autres troubles graves et trop souvent rebelles.

* * *

La malade a été complètement guérie par la quassine associée au velérianate de quinine. Je voudrais à cette occasion, attirer l'attention du lecteur sur les effets de la quassine.

On peut considérer, en général, la quassine comme un puissant stimulant de l'estomac, et en même temps, comme un sédatif indirect de son appareil nerveux. Dans des cas particuliers, l'activité gastro-intestinale s'accroît par l'emploi simultané des granules strychniques et, de préférence, de l'"arséniate de strychnine".

* * *

Avec la quassine, l'appétit augmente, la digestion se fait plus facilement, même sur l'homme sain (Delmiz). Les forces générales de l'organisme, peu à peu augmentent, l'assimilation étant plus parfaite et plus prompte.

La quassine est aussi un bon médicament contre la constipation, surtout si on lui associe des doses modérées de sedlitz Charles Chanteaud.

* * *

Il semble incontestable que la quassine augmente très utilement la sécrétion de la bile, et facilement son excrétion ce qui favorise la digestion, et par suite, la parfaite assimilation des aliments.

Il faut insister sur son action tonique précieuse.

Elle est bien tolérée à tous les âges.

* * *

Non seulement la quassine rend plus actifs les mouvements péristaltiques de l'estomac, et probablement aussi ceux du paquet intestinal, mais, ce qui est des plus importants, elle accroît puissamment les sécrétions peptiques. C'est donc un précieux médicament chez les malades et les convalescents et surtout chez ceux dont le *suc gastrique* est insuffisant, car la quassine renforce considérablement l'action de la pepsine.

* * *

La quassine ne se montre pas seulement utile dans les constipations, surtout torpides, mais aussi dans les diarrhées dyspeptiques.

Elle peut supprimer, surtout associée convenablement à l'*atropine*, les vomissements et les nausées même opi-

niâtres. Elle peut parfaitement convenir aux femmes enceintes dyspeptiques.

Notre regretté Maître, le Professeur Burggræve, a enseigné que "la quassine, principe extracteur de la *quassia amara*, stimule l'estomac dans le travail de la digestion, non seulement quant aux sucs digestifs, mais encore quant aux mouvements péristaltiques."

Aussi la quassine est très indiquée dans toutes les paresse de l'estomac : les dyspepsies atoniques, spécialement chez les faibles, chez les épuisés par les maladies destructives, dans les digestions lentes et pénibles des convalescents, chez les aseptiques fatigués par les excès ordinaires de la vie, dans les formes dyspeptiques de l'anémie de la chlorose, des dyscrasies, des catarrhes chroniques.

La quassine a aussi une puissante action diurétique, utile dans la dyspepsie des hydropiques.

Elle est précieuse dans la dyspepsie si dangereuse des cardiopathes chroniques.

Les dyspepsies de toutes les dyscrasies sanguines s'amendent par l'usage de la quassine, dûment associée au traitement de chaque état dyscrasique.

La quassine, dans les cas graves et anciens surtout, doit être administrée à dose plutôt fortes, 3 à 5 granules avant et après chaque repas.

On doit encore l'utiliser et la continuer à doses moindres dans l'état normal de la digestion.

L'association de la quinine à doses modérées doit avoir sa spéciale indication comme tonifiant sédatif et antifermentescible.

L'anémie sera combattue par le traitement approprié.

La diététique sera bien choisie et méthodiquement appliquée.

(La Dosimétrie)

Les lavements alimentaires

Voici d'après M. le Dr H. Surmont, dans "l'Echo Médical du Nord", la meilleure technique à suivre pour l'administration des lavements alimentaires :

Il faut observer deux sortes de précautions : les unes pour la préparation, les autres pour l'introduction.

1° *Préparation du lavement alimentaire.* -- Les lavements de viande crue et de pancréas, dont l'action utile serait considérable, d'après les travaux de Leure, sont abandonnés depuis longtemps à cause des grosses difficultés qu'il y a à se procurer aisément du pancréas frais. On n'utilise plus guère aujourd'hui que les lavements de peptone et d'œufs.

La peptone est une bonne préparation dont l'emploi est courant : elle a l'inconvénient de coûter cher, quand

elle est pure, et il est indispensable de recourir aux bonnes marques si on veut éviter les substances irritantes et même toxiques que contiennent les peptones impures du commerce.

Les œufs sont faciles à se procurer ; leur albumine, aussi bien absorbée par l'intestin que la peptone, est bien utilisée par l'organisme, quand on ajoute au véhicule deux grammes de sel de cuisine par œuf (Huber).

Aussi, la règle de conduite la plus recommandable nous paraît être la suivante : on commencera par tâter la susceptibilité de l'intestin, en usant d'abord simplement de la solution salée physiologique à 8%. On introduira ensuite dans le lavement un œuf entier (jaune et blanc) puis deux œufs, en ajoutant deux grammes de chlorure de sodium par œuf. Enfin on remplacera la moitié de l'eau par du lait, puis on mettra le lait pur : on pourra corser encore la valeur alimentaire du lavement en y ajoutant une, puis deux cuillerées à soupe de peptone.

La plupart du temps nous n'avons pas recours à cette adjonction, *lavements sans peptone étant supportés plus longtemps* par l'intestin. Dans ces conditions la formule du lavement complet devient :

Œufs frais n° 2.

(Battre dans un peu d'eau jusqu'à ce que le blanc ne file plus, passer au tamis s'il reste quelques grumeaux d'albumine).

Ajouter : Eau ou lait, Q. S. pour 300 c. c.
Chlorure de sodium, 4 grammes.

Si on le juge nécessaire, on ajoute à ce lavement, selon les indications, soit deux cuillerées à soupe de peptone sèche soluble, soit dix à quinze gouttes de laudanum de Sydenham, soit une cuillerée à café de cognac.

2° *Administration du lavement alimentaire.* -- La première précaution à prendre est de *vider le gros intestin chaque matin* par un large lavement évacuateur, de façon à faciliter l'absorption du lavement nutritif et à éviter qu'il ne se putréfie rapidement, en donnant naissance à des produits irritants pour la muqueuse ou toxique pour l'organisme.

Les lavements nutritifs seront répétés à intervalles réguliers dans la journée, *de quatre heures en quatre heures*. On surveillera soigneusement la quantité d'urines émises afin de se rendre compte de la valeur de l'absorption.

Les lavements seront donnés *très lentement et tièdes* pour éviter de solliciter les contractions intestinales, le malade étant dans le *décubitus dorsal*.

On utilisera une *canule de caoutchouc rouge et souple* de 20 à 24 centimètres de long (sonde de Nélaton n° 20 de la filière Charrière) et soit une poire en caoutchouc de 300 grammes qu'en aura soin de vider très lentement soit plutôt un *bock* placé à trente ou quarante centimètres au dessus du plan du lit. L'addition de laudanum chez les malades qui ont de la difficulté à garder leurs lave-

ments est d'un emploi courant. Il est rare pourtant que ce moyen suffise à vaincre une intolérance rectale bien réelle.

(Le Corresp. méd.)

Le chloroforme chez les cardiaques

On s'est occupé beaucoup, aux dernières séances de l'Académie de Médecine, de l'administration du chloroforme comme anesthésique général chez les cardiaques. M. Huchard a fait une très documentée communication sur la manière de donner le chloroforme chez les cardiaques et sur la nécessité d'une grande expérience pour procéder à cette opération. Tout d'abord, il a insisté sur la possibilité d'administrer le chloroforme chez les cardiopathes : beaucoup de praticiens ont encore une sainte terreur pour la chloroformisation des malades atteints d'affections du cœur ; c'est énormément exagéré. Avec un redoublement d'attention, on parvient à provoquer le sommeil anesthésique sans accidents. Il est vrai qu'une grande prudence et une grande habitude d'observation du pouls, de la respiration et de l'état de la pupille sont indispensables pour que la chloroformisation soit inoffensive même chez les sujets sains. Aussi M. Huchard propose-t-il de former des chloroformistes spécialistes dans les hôpitaux. M. Berger est de cet avis, ainsi que M. le Dentu.

Au contraire, MM. Championnière et Richelot s'élèvent contre une telle innovation : L'opérateur, dit M. Championnière, est responsable de la chloroformisation ; c'est à lui d'y avoir l'œil et d'instruire ses élèves. Il ne faut pas de spécialistes : autrement, plus personne en saura donner le chloroforme ; d'ailleurs, même les spécialistes ont leurs accidents.

Pour M. Richelot, ce n'est pas dans la qualité du chloroforme qu'il faut chercher les accidents c'est dans le chloroformisateur ; ce qu'on doit être, dans les hôpitaux, un élève ; c'est aux chefs de service à former des chloroformisateurs ; ce qu'on doit éviter, c'est de donner une même chloroformation à tous les malades.

A propos de cette discussion, M. Laborde insiste, dans la *Tribune médicale*, sur la nécessité de bien se souvenir des données physiologiques.

Puisque le premier danger consiste dans une syncope initiale, syncope cardiaque, réflexe d'arrêt portant essentiellement sur mécanique cardio-respiratoire, et dont les éléments fonctionnels sont :

1° Les expansions périphériques du nerf nasal et du laryngé supérieur (point de départ de l'excitation périphérique) ;

2° Le centre bulbaire et les noyaux d'origine cardiaque et respiratoire du nerf pneumogastrique (point d'arrivée central de l'excitation) ;

3° Les fibres motrices ou cardiaques pneumogastriques et les nerfs moteurs respiratoires (conducteurs centrifugés du réflexe d'arrêt) ;

Puisque, donc, le premier danger consiste dans une syncope cardiaque réflexe, il faut :

S'opposer autant que possible au réflexe ou accident d'arrêt cardio-respiratoire primitif ou secondaire, surtout à l'arrêt cardiaque primitif, but pouvant être atteint :

a. D'une part, par l'atténuation préalable des effets d'irritation en question par les phénomènes de sensibilité périphérique ;

b. D'autre part, par l'atténuation de l'action modératrice ou d'arrêt du centre bulbaire ou de ses noyaux cardiaque et respiratoire, et de l'excitabilité de l'émissaire de ces centres, le nerf pneumogastrique.

La seconde alternative, la mort par toxicité de la substance, se produit par la suspension primitive de la fonction respiratoire, et secondaire de la fonction cardiaque ; la respiration s'arrête avant le cœur.

A ces accidents, il convient d'opposer, en plus de la qualité de la substance, le dosage, la mesure de la substance, proportionnée et adaptée à la capacité organique et fonctionnelle du sujet ; préoccupation qui s'est traduite par les différents modes de compresses, le cornet, les masques, jusqu'au moment où la recherche et la méthode expérimentale sont venues apporter le caractère de l'exactitude et de la certitude de titrage de la substance, ayant pour but de s'opposer aux effets d'accumulation extra-physiologique, qui constituent les effets toxiques dangereux.

C'est encore la physiologie expérimentale, en tenant un compte exact des causes adjuvantes et prédisposantes, qui a pu répondre à ces desiderata.

Pour satisfaire à la première indication, il faut recourir à tous les moyens capables :

1° D'abaisser le taux de la sensibilité générale périphérique, et en particulier de la sensibilité naso-pharyngo-laryngée ;

2° De réduire le pouvoir modérateur des centres bulbaires et l'excitabilité propre des nerfs vagues, ou des ganglions frénateurs avec lesquels ils sont en relation.

Il faut, en un mot, adjoindre à l'anesthésique en vapeur, d'une manière préalable et systématique, des analgésiques généraux et locaux.

Le choix de l'analgésique général préventif doit être subordonné à l'indication clinique, dans chacun des cas individuels dont il s'agit : en principe, la morphine constitue, sans contredit, le moyen le plus puissant, et elle peut être avec avantage associée, selon le procédé de Dastre et Morat, à l'atropine qui, à part son action propre de modérateur cardiaque, joue, vis à vis de la première, le rôle d'antagoniste toxique. Il importe, au premier chef, de s'assurer toujours de la pureté chimique de ces substances, de même que de celle du chloroforme.

Ces deux substances, de valeur physiologique antagoniste, mais de même effet thérapeutique, peuvent être données en injections sous cutanées, selon la formule que nous rappelons :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Sulfate neutre d'atropine.....	0 — 005
Eau distillée.....	10 —

pour injecter un gramme et demi.

Mais, quel que soit le cas, et alors que le chirurgien éprouve la moindre appréhension de l'emploi de la morphine, seule ou unie à l'atropine, il peut s'adresser en toute sécurité à la narcéine solubilisée de Duquesnel, qui se prête à l'injection hypodermique, aux doses relativement élevées de trois, quatre et cinq centigrammes, sans exposer à aucun accident, et qui a donné, sur le terrain expérimental, les résultats les plus encourageants relativement à la prévention des dangers initiaux de la chloroformisation.

L'analgésique local, par excellence, est la cocaïne, son intervention en applications topiques (badigeonnages et pulvérisations) sur la muqueuse nasale et pharyngo-laryngée peut être et est, en réalité, des plus efficaces pour conjurer le danger toujours imminent de l'arrêt cardio-réflexe ou respiratoire primitif.

Ces paroles datent de 1892 ; à cette époque, la spartéine, cet agent si actif et d'une efficacité presque merveilleuse, n'était pas encore employée ; sa diffusion, aujourd'hui, fait un devoir de l'indiquer également à titre de préventif physiologique en raison de son pouvoir certain et de l'adjoindre à la formule indiquée plus haut.

La seconde précaution physiologique préventive c'est, nous l'avons vu, pour combattre la toxicité inhérente à la substance employée, la méthode des mélanges titrés facilement applicable, grâce à un outillage perfectionné devenu moins encombrant, plus transportable.

(Le concours médical.)

Les frictions au savon noir dans la péritonite tuberculeuse

Une intéressante discussion, que rapporte la *Gazette hebdomadaire*, vient d'avoir lieu à ce sujet à la Société de médecine berlinoise, à l'occasion de la présentation de trois fillettes par M. Baginsky.

Ces trois fillettes ont été atteintes de péritonite tuberculeuse et guéries au moyen de frictions abdominales au savon noir. Sous l'influence de ces frictions, l'exsudat s'est résorbé, la fièvre est tombée, en même temps que l'état général, fort compromis, s'améliorait.

M. Baginsky ne rejette pas systématiquement la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, mais il estime qu'avant d'en arriver à l'ouverture du ventre, il y a lieu d'essayer de tous les autres moyens médicaux, notamment des frictions au savon noir.

M. Cassel rappelle que la péritonite tuberculeuse n'a pas toujours un pronostic fâcheux, et qu'elle peut guérir non seulement sous l'influence de divers modes de traitement non sanglants, mais encore spontanément. Toutefois, ce sont là des faits exceptionnels ; aussi,

quand la fièvre persiste malgré tous les moyens, quand l'épanchement ne rétrocede pas, et surtout s'il augmente et que l'émaciation fait des progrès, il ne faut pas hésiter à faire la laparotomie, qui donne des succès même dans les cas paraissant désespérés.

M. Lessar rapproche des effets favorables obtenus par M. Baginsky, avec le savon noir, dans la péritonite tuberculeuse, ceux que lui a donnés le même produit dans l'épididymite avec épanchement dans la vaginale. Il se sert à cet effet d'un mélange à parties égales de savon noir et de pommade à l'iodure de potassium, qu'il applique sur le scrotum pendant un bain, seul moyen d'éviter l'irritation des téguments. La même méthode lui a fourni de bons résultats dans les goîtres légers.

M. Senator pense aussi qu'avant de confier le patient au chirurgien, on doit essayer les autres moyens de traitement, dont le plus efficace lui a paru être le savon noir. Il associe cette substance à de l'iodoforme, et l'incorpore à un poids égal de vaseline ou d'axonge afin d'en diminuer l'effet irritant sur la peau. Les succès qu'on obtient de la sorte ne sauraient être attribués à ce que les enfants reçoivent à l'hôpital une nourriture plus substantielle que chez eux, car il a vu les applications de savon noir réussir aussi chez des enfants de la classe aisée, qu'une bonne nourriture avait été jusque-là impuissante à guérir.

M. Baginsky déclare que, pour éviter l'irritation des téguments, il n'emploie qu'une petite quantité de savon noir, mais il pratique des frictions énergiques jusqu'à ce que cette substance soit entièrement résorbée.

(Gaz. des hôp.)

Moyen de favoriser l'écoulement du sang dans les cas de saignée blanche

M. le Dr Schoull, de Tunis, signale dans le *Journal des praticiens*, un moyen simple pour favoriser l'écoulement du sang dans les cas de saignée blanche, chez les sujets obèses ou plongés dans le coma. Ayant eu l'occasion de pratiquer une saignée à une malade très adipeuse, en plein coma urénique, et ne parvenant pas, même après dissection des médianes céphalique et basilique et incision de ces deux veines, à faire couler le sang, M. Schoull eut l'idée de mettre sur le pli du coude, englobant les deux incisions veineuses, une large ventouse, faite à l'aide d'un verre de table.

Au bout de quelques secondes, le sang sortit par les deux ouvertures, d'abord goutte à goutte, puis rapidement. On put soustraire ainsi 300 grammes de sang environ. L'effet fut incroyablement rapide ; la malade semblait renaître à mesure que le sang sortait : au bout d'une heure à peine, elle avait recouvré toute sa connaissance.

(Le concours médical.)

Sommell et anesthésie générale obtenus par la compression des carotides

La question des anesthésiques est en ce moment à l'ordre du jour ; l'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont consacré récemment plusieurs séances à l'étude de leurs inconvénients et de leurs dangers. Or, voici qu'il nous vient de Java un moyen simple et ingénieux de les supprimer au moins pour les petites opérations chirurgicales, telles qu'incision d'abcès, etc. Il s'agit de la perte complète de la sensibilité et de la connaissance obtenue par simple compression digitale de chacun des deux paquets casculo nerveux du cou pratiquée des deux côtés à la fois au niveau de la carotide interne, vers l'angle de la mâchoire inférieure. Dans le *modus faciendi* qu'a vu pratiquer à Java et qu'a répété lui-même avec succès M. STEINER, la compression digitale des vaisseaux carotidiens contre la colonne vertébrale est continuée jusqu'à ce que la perte de connaissance et la chute de la tête en arrière soit obtenue ; ce qui survient à la suite d'une accélération des mouvements respiratoires et parfois au milieu de convulsions chroniques plus ou moins prononcées et localisées ; à ce moment on cesse la compression, le sujet garde un moment l'immobilité, puis se réveille sans autre incident. Le patient endormi n'a ni incontinence d'urine, ni selles involontaires, ni vomissements, les pupilles ni le pouls ne subissent d'ordinaire de modification sérieuse, ce dernier est parfois un peu ralenti ; le visage seul présente assez facilement un certain degré de cyanose.

M. Steiner a expérimenté cette pratique indigène javanaise sous la direction de Pa Sainten, docteur Djawa (médecin formé à Batavia), particulièrement expert en la matière il a endormi 30 sujets adultes dont 2 femmes et a réussi 25 fois ; il n'a jamais exercé de compression au delà du minimum nécessaire pour endormir le sujet, mais il a plusieurs fois de suite redormi le même sujet. Les personnes endormies se prétaient du reste volontiers à un second essai n'ayant pas été autrement incommodées la première fois.

Steiner n'a endormi que des adultes dont les vaisseaux étaient sains, il rappelle, d'après Caspar, Hoffmann, que les Assyriens se servaient du même procédé de compression des vaisseaux du cou pour rendre insensibles les enfants auxquels ils pratiquaient la circoncision. Dans le même ordre d'idée, Parry, Zewis, Romberg, Trousseau reconnaissent à la compression des carotides le pouvoir d'arrêter un accès d'épilepsie.

Les indigènes de Java utilisent ce procédé contre les maux de tête, les vertiges, l'insomnie. Il serait à souhaiter que les physiologistes expérimentent ce procédé sur les animaux et précisent les limites dans lesquelles la compression peut être exercée sans danger.

Il resterait en outre à savoir si cette méthode pourrait être mise en œuvre, chez des malades ou des vieillards quels qu'ils soient. Le procédé que je viens de décrire d'après M. Steiner paraît susceptible d'applications

pratiques si toutefois il n'exige pas d'apprentissage trop laborieux, il est en tous cas intéressant à signaler aux médecins légistes.
(*Arch. fur Schiffs und Tropen Hygiene, — Gaz des hôp.*)

Contribution à la séméiotique et à la thérapeutique de l'appendicite

par le Dr GEORGES

Les discussions qui surgissent journellement au sujet du traitement opératoire de l'appendicite prouvent que cette question est loin d'être résolue d'une façon définitive. On voit soutenir à ce sujet des opinions diamétralement opposées ; et, qui plus est, des chirurgiens, interventionnistes à outrance de la veille, deviennent quelquefois des plus fervents abstentionnistes. On estime généralement que la forme chronique récidivante de l'affection constitue une indication absolue pour l'intervention ; or il se trouve actuellement des détracteurs de ce principe. Le vieil adage chirurgical, d'après lequel le couteau doit éloigner le pus de tous ses repaires, ne doit donc plus avoir sa valeur pour le péritoine.

Il est encore impossible de savoir par une étude statistique, si l'on a plus de chances de sauver son malade en pratiquant une opération hâtive, ou en faisant de l'expectation. D'ailleurs il est difficile de tracer à l'avance une thérapeutique générale et immuable d'une affection aussi variée dans ses formes. Il n'existe, pour ainsi dire, pas deux cas qui se rassemblent : aussi le praticien doit-il s'efforcer de dépister le plus tôt possible cette affection, qu'il ne faut jamais considérer comme une maladie bénigne : le cas le plus léger en apparence peut en effet subitement s'aggraver et menacer la vie du patient. C'est donc dans la précocité du diagnostic que résidera presque le succès du traitement.

Dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé de l'étude de ces symptômes préliminaires de l'appendicite, et l'on a vu qu'il fallait souvent lui rapporter en dernière instance toute une série de troubles digestifs, de douleurs vagues, de sensations désagréables éprouvées dans l'abdomen. Or, on interprète quelquefois mal ces phénomènes pathologiques, on ne leur attribue qu'une médiocre importance, on se croit en présence d'une autre affection ; et il en résulte souvent de grands dommages pour la vie du malade, car le traitement rationnel n'a pas été institué en temps opportun.

Parmi ces prodromes, le Dr Karewski (*Berlin, Klin. Wochens.*, juin 1901) cite en premier lieu les douleurs abdominales.

Chez certaines personnes, apparemment bien portantes, on peut noter des sensations de faiblesse, de malaise, soit après chaque repas, soit après l'ingestion de certains aliments difficiles à digérer : celles-ci apparaissent soit chaque jour, soit par intervalles ; elles peuvent encore sembler indépendantes du tube digestif et se ma-

nifester consécutivement à des mouvements exagérés de flexion ou d'extension du corps. La douleur est mal déterminée ; elle ne ressemble pas à une colique : elle n'est ni très vive, ni localisée. Plutôt diffuse, elle n'est pas une véritable sensation de douleur, et s'irradie de l'ombilic à la région iliaque droite, et même gauche ; ou encore se localisant aux lombes, elle rappelle plus ou moins la douleur de la périmérite. Quelquefois encore, quand elle se manifeste, les émissions gazeuses disparaissent complètement. Les malades peuvent aussi éprouver cette sensation particulière pendant la défécation.

Ces symptômes de péristaltisme intestinal troublé ne sont généralement pris en observation ni par les médecins, ni par les malades. Ils précèdent quelquefois de plusieurs années l'appendicite (33 fois sur 117 observations personnelles de Karewski). Il est vrai qu'ils peuvent se présenter dans toute une série d'autres affections abdominales : mais à l'avenir, ils ne devront pas manquer d'éveiller l'attention du médecin du côté de cæcum. Cela est d'autant plus vrai, qu'ils se présentent très souvent chez des personnes ayant eu autrefois une crise appendiculaire, et qu'ils constituent fréquemment l'unique symptôme d'une appendicite chronique, sans accès, cette affection restant d'ailleurs pour le malade, une menace de péritonite par perforation.

Quand alors le médecin explore, dans ces conditions les fosses iliaques du patient, il est quelquefois amené à des découvertes surprenantes : c'est ou bien une grosse tuméfaction à droite, due vraisemblablement à des anses intestinales, agglutinées par leur péritoine autour de l'appendice,—ou bien une tuméfaction rectale, qui élimine alors d'emblée l'idée d'une affection appendiculaire. Mais le plus souvent on ne trouve rien d'anormal, parce que l'affection n'a pas encore dépassé l'appendice ou que les adhérences sont faibles. Dans ce cas il est parfois possible de percevoir à la palpation l'appendice vermiculaire sous forme d'un corps rond, contourné, douloureux, et mobile profondément sur le psoas.

On observe fréquemment une certaine voussure de la région idéo-cæcale, due à un météorisme localisé au niveau de la jonction de deux intestins. D'ailleurs, en pratiquant la palpation bimanuelle par l'abdomen et le rectum, on sent la région occupée par des anses intestinales ballonnées.

Les personnes qui présentent ces douleurs abdominales paraissent ordinairement bien portantes, et ont bon appétit : mais souvent la moindre indisposition, qui chez d'autres passerait presque inaperçue, suffit à produire chez elles une perforation appendiculaire, ou tout au moins des troubles graves. Telle est l'action des indigestions, des fatigues physiques. C'est ainsi que s'expliquent des appendicites, débutant par une simple diarrhée (8 observations de Karewski), ou encore à la suite d'une promenade en voiture (3 observations), d'un exercice de gymnastique (2 cas). Bien entendu, il ne faut pas conclure de ces faits que toutes les appendici-

tes présentent cette période latente !

Le médecin pourra faire plus facilement son diagnostic, si, à ces sensations douloureuses, se joignent des nausées, des vomissements. Et cependant, on se contente d'attribuer quelquefois ces phénomènes à une affection stomacale, à une fausse digestion, ou à quelque maladie nerveuse. Naturellement, il faut faire le diagnostic différentiel avec ces lésions, mais il sera bon de songer : à l'appendice avant d'examiner l'hypothèse d'une névrose gastrique.

Les prodromes de cette affection peuvent aussi s'accroître du côté de la vessie : douleurs dans la miction, crampes vésicales après la miction, et consécutivement, douleurs généralisées dans tout l'abdomen (9 observations de Karewski) : Cette participation de la vessie paraît assez fréquente, et quand on ne trouve aucun phénomène pathologique du côté de l'appareil urogénital, il faut songer à l'appendice.

Ainsi les symptômes morbides qui traduisent une appendicite chronique, consécutive à une attaque de colique appendiculaire, peuvent aussi procéder cette dernière. On trouve d'ailleurs des faits analogues pour d'autres affections abdominales. Quelquefois la colique hépatique, par exemple, est précédée de douleurs diffuses, qu'on attribue aux maladies les plus variées, (pérityphte, hypocondrie, hystérie...)

Les dangers de l'appendicite, dit Karewski, diminuent à mesure qu'augmente le nombre des crises, car chaque crise amène de nouvelles adhérences, qui protègent de plus en plus la cavité abdominale.

Kummel prétend aussi que la plus grande mortalité est due à la première attaque. Peut-être faut-il aussi porter un pronostic meilleur chez les gens qui présentent depuis longtemps les prodromes de l'affection, sans avoir de crise. Le cas serait, par contre, plus grave, quand la colique appendiculaire se manifesterait peu de temps après le début de prodromes assez marqués.

Quand une colique appendiculaire a été méconnue, elle peut dans la suite devenir d'un diagnostic difficile, en raison des complications qui surviennent quelquefois par la progression du processus morbide, soit dans les organes voisins, soit à distance par les embolies septiques (empyèmes, suppuration lombaires, périnéphrétiques, psoitiques) ; en pareil cas, l'affection primitive peut être méconnue, faute d'avoir prêté l'attention à ses prodromes.

En tous cas, lorsqu'on trouve un empatement dans la région iliaque droite, il faut toujours rechercher avec soin son origine (intestin, vessie, organes génitaux chez la femme). Pour arriver à ce résultat, la situation de l'exsudat, et les symptômes cliniques sont de la première importance.

(à suivre)

PEDIATRIE

Traitement de la fièvre typhoïde infantile.

M. le Dr *Jean Durieux*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde infantile. Après avoir passé en revue avec nombreuses observations à l'appui, les différents modes de traitement de la fièvre typhoïde actuellement en usage, il conclut toutes les méthodes et médications utilisées ont chacune leurs mérites et leur opportunité.

L'*antisepsie intestinale* qui semble au premier abord, résumer tout le problème thérapeutique, n'a pu tenir les belles espérances qu'elle avait fait concevoir théoriquement : son action toxique sur les bacilles d'Eberth se concilie mal avec son action pertubatrice sur le tube digestif.

Cependant, les purgatifs, associés ou non au benzonaphtol, peuvent constituer un traitement suffisant dans les formes très légères dothiéntérie infantile et une médication adjuvante fort utile dans les formes moyennes.

La *médication antithermique* ne peut prétendre au titre de méthode spécifique, car la température n'est jamais qu'un symptôme d'une signification très variable suivant l'âge du malade, sa constitution l'état de son système nerveux,

La médication antithermique comprend deux ordres de moyens : la balnéothérapie, d'une part ; les agents médicamenteux, de l'autre.

Les bains froids ne doivent pas être donnés systématiquement dans tous les cas et dès le début de la fièvre typhoïde ; car ils sont d'une application quelquefois difficile, et exigent une surveillance intelligente souvent impossible à réaliser, surtout dans la pratique rurale

L'indication des bains froids se tire bien moins de la température du petit malade que de l'état de son système nerveux. Quand ce dernier paraît touché (torpeur, méningisme, irrégularité du cœur), le bain froid s'impose ; car il constitue une suprême ressource contre un suprême danger. On l'utilise alors comme pour le rhumatisme cérébral, la scarlatine, la rougeole, la pneumonie adynamique, où très souvent son action stimulante, décongestive et diurétique, disipe heureusement un appareil symptomatique de pronostic grave.

Encore, pour certains auteurs, le bain tiède ou seulement le bain chaud donneraient dans ces cas, les mêmes heureux résultats. De toute manière, ces deux derniers modes de balnéation suffisent dans les formes moyennes de la dothiéntérie. Dans les formes légères et les formes moyennes qui constituent la grande majorité des cas de fièvre typhoïde infantile, on peut ne pas utiliser les bains et recourir à la quinine.

Celle-ci peut être donnée à doses massives ou à doses fractionnées ; elle modifie favorablement la marche de la maladie, abaisse la température et amène la sédation des troubles nerveux.

Enfin, dès le début de l'infection, on pensera au sérum du Dr Chantemesse, à la dose de 10 ou 20 cc. par fractions de 5 cc. si l'enfant est très jeune.

(*Le concours Médical*)

L'eau oxygénée en lavements contre la dysenterie des enfants

M. le Dr *Rocaz*, de Bordeaux, relate dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, les résultats très encourageants que lui a donnés l'emploi de l'eau oxygénée, en deux ou trois lavements quotidiens, chez les enfants atteints de dysentérie aiguë.

Il a employé de l'eau oxygénée à 10 volumes étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède.

Ces lavements antiseptiques étaient, autant que possible, précédés d'un grand lavement évacuateur. La quantité de liquide injectée dans le rectum était naturellement subordonnée à l'âge du malade, mais elle l'était encore davantage à la tolérance du gros intestin. Il est évident, en effet, que, pour être efficace, ce lavement doit être gardé le plus longtemps possible ; il doit, en outre pénétrer profondément et, dans ce but, il est bon d'employer une sonde un peu longue, mais très souple, car il ne faut pas oublier, en effet, que le maximum des lésions dysentériques siège au niveau du rectum, et que tout traumatisme de cette région est très douloureux, sinon dangereux. Enfin, il est bon de faire coucher les malades après l'administration du lavement tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, afin que le liquide puisse baigner tout le colon.

Administrés avec ces précautions, les lavements d'eau oxygénée sont facilement supportés, ils ne provoquent aucune douleur, et M. Rocaz a pu en faire administrer une cinquantaine à une fillette de huit ans, sans qu'elle s'en fût jamais plainte.

M. Rocaz a communiqué les résultats suivant à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Sur une dizaine de malades de deux à douze ans, les bons effets du traitement se sont fait sentir dès les deux ou trois premiers jours. Les selles ont vite changé d'aspect, et contenu moins de pus et de sang ; elles étaient de moins en moins fréquentes et le sphincter reprenait sa tonicité. Pour être sûr de la guérison il est nécessaire de continuer la médication quelques jours après la disparition des accidents.

M. Rocaz croit que les lavements d'eau oxygénée sont particulièrement indiqués dans les formes graves.

(*Le concours médical.*)

Les lavages de l'intestin chez l'enfant

par M. L. BABONNEIX

Inventée par Cantani en 1878, puis appliquée par Monti (1887) à la pathologie infantile, l'entérocluse n'est réellement entrée dans la pratique courante que depuis les recherches de MM. Dauriac et Lesage. C'est à ces auteurs que revient le mérite d'avoir, les premiers, étudié expérimentalement la question, fixé, d'une façon définitive, la technique des lavages de l'intestin.

Cette technique est d'ailleurs des plus simples, et comporte seulement les instruments suivants : un réservoir d'une contenance de 2 litres, un tube de caoutchouc une sonde. La sonde sera le plus souvent une sonde urétrale, n° 25 de la filière Charrière, ou encore une sonde œsopagienne de Debove. Son extrémité supérieure est rattachée, par un petit tube de verre, à un tube de caoutchouc du volume du petit doigt et de 1 mètre à 1 mètre et demi de longueur. Ce tube s'adapte, d'autre part, à la tubulure latérale d'un bock en verre ou en porcelaine, ou encore à l'extrémité inférieure d'un entonnoir suffisamment grand.

Pour pratiquer le lavage, l'appareil étant aussi monté, on fait coucher le bébé sur le dos, ou mieux encore sur le côté droit du corps, les cuisses fléchies sur l'abdomen et immobilisées par un aide dans cette attitude. Certains auteurs (Dauriac et Lesage, Angerant) se contentent de soulever légèrement la hanche gauche du sujet, de façon à mettre le cœcum dans une situation déclive. " Cette position est avantageuse, elle a pour but de permettre au liquide de chasser du cœcum les gaz qui s'y accumulent en grande abondance et qui, distendant cet organe, ont pour effet d'affronter les deux lèvres de la valvule ". Quoi qu'il en soit, l'extrémité de la sonde graissée avec de la vaseline, de la glycérine, etc., ou simplement humectée d'eau bouillie, est prudemment enfoncée dans le rectum jusqu'à ce que 15 à 20 centimètres environ aient pénétré dans l'intestin. En allant doucement, en exerçant une pression continue, on peut faire remonter la sonde très haut ; au cours de leurs expériences, MM. Lesage et Dauriac ont introduit la sonde de Debove jusqu'au milieu du côlon transverse ; M. Angerant a pu la suivre jusqu'à l'angle gauche du côlon. On prescrit à un aide d'élever le réservoir à une faible hauteur, 20 à 30 centimètres, au dessus du plan du lit : le liquide s'écoule peu à peu dans l'intestin qu'il dilate progressivement. Il est indispensable, à ce moment, de serrer sur la sonde toutes les parties molles de la région anale, ou d'obturer l'anus autour de la sonde à l'aide d'un tampon de coton ordinaire, non hydropophile, afin d'empêcher l'issue immédiate du liquide.

Au bout de quelques minutes, la peau de l'abdomen se tend, devient luisante, sans que, d'ailleurs, l'enfant accuse la moindre gêne. Lorsque le réservoir est vide, on sépare la sonde, soigneusement maintenue en place, du petit tube de verre qui la relie au reste de l'appareil.

Le liquide injecté s'écoule alors en jet ; lorsqu'il est presque complètement écoulé, on retire la sonde, l'opération est terminée.

On a beaucoup discuté la question de savoir *quel liquide* employer pour les lavages. L'eau boriquée, peu antiseptique, mais irritante et peut-être même toxique, les solutions du naphthol, souvent dangereuses chez les tout jeunes enfants, les solutions de créoline ou d'acide lactique, de tannin, doivent être soigneusement évitées. M. Guérin, recommande les solutions mucilagineuses de graine de lin, de guimauve, de mauve, de bouillon blanc. Dans l'immense majorité des cas, l'eau bouillie, l'eau salée à 7 p. 1000 devront être préférées à toutes les solutions précédentes : elles sont peu irritantes, détail qui a bien son intérêt, faciles à se procurer en tout lieu.

Quelle doit être la *température* du liquide injecté ? Les liquides tièdes ont été recommandés par Vandamme et Eichhorst ; Monti et M. Hutinel adoptent la température de 25 degrés : Maragliano, Lesage et Dauriac préconisent, au contraire, les lavages chauds à 38 degrés. En réalité, ici comme pour les lavages de l'estomac, tout dépend de l'état du malade : " L'eau de lavage sera froide, dit M. Lesage, s'il y a de la fièvre, chaude à 28 degrés s'il y a de l'hypodermie. Ainsi que l'a montré Lorain, le lavage froid abaisse la température autant qu'un bain froid. Chaud à 38 degrés, au contraire, dans les cas algides, il peut la relever d'un degré ".

Il est important, pour ne pas distendre trop l'intestin, de ne pas dépasser la *quantité* d'un litre à un litre et demi par lavage chez les nourrissons, de deux litres chez les enfants plus âgés. Quant à la *fréquence* des lavages, on peut dire, en règle générale, qu'il ne faut pas en faire plus de deux par jour, un le matin, un le soir, et encore seulement dans les cas très aigus.

En suivant ces indications, il est rare d'observer des *accidents*. Le reflux du liquide intestinal vers les voies digestives supérieures, reflux aboutissant au vomissement, ne se produit que si l'on emploie des quantités considérables de liquide ou si l'on donne à ce liquide une pression trop forte. Les douleurs et coliques dues à la dilation de l'intestin, d'ailleurs exceptionnelles, seront évitées si l'on a soin d'opérer lentement et de surveiller attentivement le niveau du liquide dans le bock. Ce niveau baisse-t-il peu à peu, la dilatation de l'intestin s'opère progressivement ; il n'y a pas de phénomènes réactionnels. Baisse-t-il brusquement, au contraire, par saccades, alors on peut craindre l'apparition des coliques. Ces coliques ne persistent pas habituellement, si l'on cesse aussitôt l'entérocluse ; dans les cas rares où elles présentent une grande intensité, on réussira presque toujours à les calmer rapidement en couvrant l'abdomen de compresses humides très chaudes ou de cataplasmes (Guérin). La rupture de l'intestin ne s'observe que dans les cas où le liquide est injecté sous une très forte pression : elle est absolument exceptionnelle. Enfin, dit encore M. Guérin, le principal incon-

venient des lavages réside dans l'abus qu'on peut en faire si l'on méconnaît les conséquences de leur emploi immodéré. Vient-on à pratiquer trop souvent l'entérolyse, la musculature de l'intestin se fatigue, l'atonie intestinale apparaît. Aussi est-il très important de ne prescrire les lavages que par série de quatre à cinq jours, avec des interruptions plus ou moins longues suivant les cas.

Des effets produits par l'entérolyse, les uns sont de nature mécanique ; déplissement et nettoyage de la muqueuse intestinale ; les autres de nature physiologique : stimulation et régularisation des mouvements péristaltiques de l'intestin excitation de la sécrétion des glandes du tube digestif et particulièrement du foie.

Quant aux indications du lavage de l'intestin, elles varient avec les circonstances. Dans le choléra infantile, l'entérolyse est préconisée par d'Espine et Picot, Epstein, Hutinel et Thiercelin, Lesage, J. Renault, etc. Seul, M. Marfan reproche à cette méthode thérapeutique d'affaiblir encore l'organisme du nourrisson, de provoquer le collapsus, et la proscrit absolument dans tous les cas de choléra infantile. En somme, ici comme pour l'estomac, la question est encore discutée ; mieux vaut-il, peut-être, s'abstenir d'une méthode qui n'a pas prouvé son efficacité et qui peut faire courir quelques dangers au nourrisson. Dans les gastro-entérites aiguës fébriles, le lavage froid de l'intestin est au contraire tout indiqué : il abaisse la température du corps et diminue les fermentations intestinales ; son action est d'autant plus effective que les phénomènes intestinaux sont plus accusés ; c'est ainsi qu'il rendra les plus grands services dans les cas où les selles sont particulièrement fétides. Enfin, dans ses formes de gastro-entérites chroniques qui s'accompagnent de troubles intestinaux prédominants, les lavages de l'intestin trouveront encore leur indication : en diminuant la fétidité des selles, en détergeant la muqueuse intestinale, ils atténuent les phénomènes d'intoxication générale et déterminent souvent une amélioration marquée.

Chez les enfants plus grands, l'entérolyse réussit également dans les entérites aiguës ou chroniques : elle est surtout utile dans ces cas où, après une constipation opiniâtre, apparaissent des vomissements incrochables : ces accidents, que l'on a attribués à l'occlusion spasmodique de l'intestin et qui peuvent présenter une extrême gravité cèdent souvent aux lavages de l'intestin. Ces lavages sont enfin indiqués dans l'occlusion intestinale, cette affection étant peut-être la seule où il est permis d'augmenter la pression du liquide injecté (en élevant le bock à 50 centimètres par exemple) pour essayer de lever l'obstacle.

Les contre-indications de l'entérolyse, comme celles du lavage de l'estomac, se réduisent au seul collapsus : le lavage de l'intestin, déprimant l'enfant, sera donc réservé aux cas où les phénomènes de collapsus ne prédominent pas.

(Gaz. méd. Belge.)

OBSTETRIQUE

L'examen obstétrical et la repletion vesicale

M. LABUSQUIERE vient de mettre en évidence cette petite difficulté obstétricale en citant un cas tiré de sa pratique privée.

Notre confrère, lors d'un premier examen pratiqué 3 semaines avant l'accouchement chez une IIpare, a constaté une présentation du sommet en occipito-iliaque droite postérieure, la tête pointant nettement dans le détroit supérieur. Rappelé au moment du travail, il atteint difficilement le col, et a beau, en refoulant le plus possible le périnée, s'efforcer d'atteindre la partie fœtale, mais ne trouve absolument rien. Le détroit supérieur est libre ! " Assez déçu, prévoyant déjà des difficultés et ne sachant que trop avoir parlé de présentation du sommet, définitive, il se met en devoir de pratiquer le palper non sans avoir demandé à la femme si, à un moment donné, l'enfant n'avait pas remué beaucoup plus que d'habitude. Réponse négative. A la palpation, il reconnaît bien le siège, haut vers l'hypocondre droit, mais il a beau chercher, il ne trouve pas le pôle céphalique. Dans la région hypogastrique, la palpation ne donne que des sensations vagues. Recourant à l'auscultation, il retrouve les bruits du cœur dans le point où il avait 3 semaines avant, perçu le maximum des doubles battements fœtaux, mais ces battements sont plus lointains, beaucoup plus faibles. D'autre part, le ventre paraît particulièrement volumineux, particulièrement étalé. S'agirait-il maintenant d'une présentation transverse ? De nouveau il palpe soigneusement et, à un moment donné, en palpant, superficiel en quelque sorte, il reconnaît une différence de sensation très nette dans les régions sus- et sous-hypogastriques, sensation particulière de rénitence au niveau de celle-ci. Il lui est alors aisé de constater une grosse tumeur médiane, indépendante de l'utérus, tumeur limitée et qu'il fait constater *de visu* à la garde, qui avait été aussi appelée : c'est nettement la vessie très distendue et qui remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Il demande à la femme s'il y a longtemps qu'elle a uriné. Elle répond qu'elle a beaucoup uriné ces derniers temps et, en particulier, abondamment pendant la nuit dernière. Eh bien ! vous allez tâcher d'uriner, lui dit-il, et il la laisse seule avec la garde. Quelques minutes après on le rappelle, et la garde lui montre un grand vase plein d'urine. La question suivante de la garde à Mme C... : " Pourquoi avez-vous tant tardé d'uriner ? " provoque cette réponse : " Mais je n'en éprouvais pas le besoin ". Il reprend son examen et cette fois, il est vite rassuré : le volume du ventre a diminué, son étalé spécial a disparu, le maximum des battements fœtaux se retrouve vite à sa place ordinaire, le Col court largement entr'ouvert et une tête fœtale engagée. En outre, le plan fœtal est à droite et le diagnostic antérieur est confirmé. Accouchement facile."

Après l'accouchement, on doit surveiller l'involution utérine. Pas mal de femmes ne ressentent nullement le besoin d'uriner pendant plusieurs heures *post-partum*. Ce retard de la sensation d'uriner provient de déplétion du ventre, du décubitus gardé par la malade et de la fatigue consécutive au travail.

point de vue qui nous occupe, cette surélévation utérine due à la réplétion viscérale peut parfaitement en imposer pour un défaut de rétraction de la matrice. Gardez-vous de cette erreur dans l'examen des accouchées et songez toujours qu'il est indispensable de bien vider la vessie.

M. le Dr Miguel Orellano vient précisément de vaincre une difficulté pratique qui survient dans ces cas quand on ne trouve point l'orifice de l'urètre, malgré tous les points de repère signalés par les auteurs classiques.

Le procédé imaginé par l'auteur est le suivant : la femme étant couchée, on saisit de la main gauche une sonde en gomme dure no 8 avec son mandrin et on lui donne la forme d'une sonde métallique de femme. On introduit dans le vagin l'index de la main droite et, avec l'extrémité de sa face palmaire, on cherche le centre du ligament sous-pubien. On retire alors la sonde sur la face palmaire du doigt et avec grande facilité dans la plupart des cas, on trouve l'urètre.

Si on rencontre quelquefois des difficultés pour arriver au méat, cela est dû à ce que la vessie, distendue, tire sur l'urètre, et le fait remonter. Dans ce cas, le doigt qui est dans le vagin fait pression sur lui, et s'efforce de le ramener en bas : de cette façon, le cathétérisme est facile.

L'antisepsie est de rigueur et doit précéder le toucher.

M. Lambinon arrive à cette conclusion : La déplétion vésicale est indispensable dans tous les examens de la pratique obstétricale.

(J. de méd. de Paris).

Thérapeutique et Matière Médicale

Nouveau procédé pour la recherche du glucose dans les urines

M. le Dr de Gedhardt, de Budapest, indique un nouveau procédé pour la recherche du glucose dans les urines par l'acide orthonitrophénylpropionique ; la réduction de l'acide orthonitrophénylpropionique par le sucre de raisin a été mise en évidence par Beyer en 1880.

La fabrique d'Elberfeld prépare ce produit en tablettes comprimées avec du carbonate de soude.

La recherche du sucre au moyen de ces tablettes se fait en dissolvant une tablette de 10 centimètres cubes d'eau et en y ajoutant 10 gouttes de liquide sucré ou

d'urine ; on chauffe durant trois ou quatre minutes et, dans le cas où le liquide contient du sucre, la solution prend une teinte bleu indigo. Si on laisse le liquide reposer pendant quelques instants, le bleu indigo insoluble dans l'eau, se dépose au fond du vase. Dans cette réaction l'acide orthonitrophénylpropionique chauffé avec du sucre, en présence du carbonate de soude, se transforme en indigo.

On peut employer un procédé un peu différent : au lieu de dissoudre d'abord les tablettes on prend de 10 à 15 gouttes de l'urine ou du liquide à examiner, puis on y ajoute 10 cent. cubes d'eau distillée, et enfin les tablettes ; on chauffe le tout deux à quatre minutes avec précaution. Le liquide qui contient du sucre devient d'abord verdâtre, ensuite bleu indigo foncé.

Lorsque, à cause d'une grande dilution, la réaction est négative, par suite de la trop faible quantité de sucre, l'examen peut être fait avec de l'urine non diluée.

Parfois la couleur bleue n'est pas suffisamment intense ; il faut ajouter au liquide du chloroforme et agiter le tout. Le chloroforme dissout l'indigo et prend une teinte bleue, tandis que le reste du liquide demeure incolore.

Après avoir montré que la réaction de l'acide orthonitrophénylpropionique ne réussit qu'avec de l'urine contenant du sucre de raisin, qu'en outre cette réaction n'est pas empêchée par la présence de l'acide benzoïque, du chloral, du cardol, du gäicol, de la rhubarbe, de l'acide salicylique, de l'iodé, de la thé-rébentine, et que sa sensibilité est très grande nous pouvons favorablement conseiller ce procédé à tous les cliniciens.

Cette méthode se recommande surtout parce que l'exécution en est simple et prompte et qu'il ne faut pas d'autres substance que les tablettes et quelques gouttes d'urine.

De plus le prix de revient n'en est pas élevé.

Enfin j'ai essayé cette réaction pour des déterminations quantitatives. Mais elle n'est pas propre à des examens colorimétriques, attendu que le liquide se trouble, devient opaque, et que, outre le bleu d'indigo il se forme encore des produits incolores (blanc d'indigo) et d'autres colorés (rouge d'indigo).

Avec cette modification, on a examiné l'urine de malades atteints des affections les plus variées et l'on a trouvé que la réaction de l'acide orthonitrophénylpropionique ne se produit que si l'urine contient du sucre de raisin.

L'urine qui contient de la substance colorante biliaire, de l'acide urique, de l'albumine, du sang, des phosphates, ne donne pas cette réaction.

En mêlant à cette urine une dilution de dextrose ou d'une sucree, l'expérience réussit toujours, même s'il y avait très peu d'albumine, de pus ou de sang ; mais alors on doit faire bouillir plus longtemps.

Quant à la sensibilité de ce procédé on a trouvé que 0 gr. 030 de dextrose additionnés à 100 grammes

d'eau, c'est-à-dire une solution à 1/3 p. 1000 environ, donne la teinte bleue indio, si elle n'est pas étendue. Une solution à 0,025 p. 100 donne une coloration verte; enfin une solution à 0,05 p. 100, même diluée, amena la réaction (10 gouttes + 10 centimètres cubes d'eau.)

(Le concours médical.)

Traitement médicamenteux de l'anémie des nourrissons dyspeptiques

Le traitement de cette anémie est avant tout diététique. Cependant, d'après M. Rougier, il faut se rappeler que dans ces cas il existe habituellement de la dyspepsie atonique, de la constipation, de l'anorexie, etc. On prescrit alors des alcalins, de la strychnine, de la magnésie, etc. On y ajoute un peu de fer quand l'anémie est très prononcée.

Voici quelques formules :

Bicarbonate de soude.....	0,25
Magnésie calcinée	0,10
Poudre de canelle.....	0,15
Protosalate de fer.....	} aa 0,01
Poudre de noix vomique.....	

Pour un paquet No 20. En prendre deux par jour dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée pendant six jours (enfant de deux ans).

Bicarbonate de soude.....	0,20
Salicylate neutre de bismuth.....	} aa 0,15
Benzonaphto.....	
Protosalate de fer.....	0,01

Pour un paquet No 15. En prendre deux par jour (enfant de quinze mois ayant de l'anémie dyspeptique avec diarrhée et selles fétides).

Bicarbonate de soude.....	0,20
Craie préparée.....	0,15
Pepsine.....	0,10
Poudre de semences d'anis.....	0,05
Poudre de noix vomique.....	0,005

Pour un paquet, No 14. En prendre deux par jour (enfant de quinze à dix-huit mois ayant du tympanisme, des rencois gazeux, etc).

Quand l'anémie est très prononcée, on force la dose de protosalate de fer (2 centigrammes par jour et par année d'âge). Toutes ces poudres ne sont prescrites que temporairement; on en suspendra l'usage au bout de cinq, huit ou dix jours, et on ne les reprendra qu'après un repos d'égalé durée.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le bill Roddick (1)

(Suite)

11. Un exemplaire de tout règlement, certifié conforme par le registraire ou le secrétaire sous son sceau et le sceau du Conseil, fera foi devant toute cour de justice, sans autre preuve que la production de cet exemplaire paraissant être ainsi certifié.

12. Le Conseil établira des règlements à l'effet d'assurer aux praticiens qui, en vertu des lois de quelque province, sont maintenant reconnus comme formant une école particulière dans la pratique de la médecine, et à tous les impétrants à l'inscription qui désirent être praticiens de cette école, tous les droits et privilèges possédés actuellement en vertu des lois de toute province et des règlements de tout conseil médical provincial.

13. A chaque réunion annuelle du Conseil, celui-ci nommera un bureau d'examineurs, qui sera désigné sous le nom de "Bureau des examinateurs du Conseil médical du Canada," dont le devoir sera de faire subir les examens prescrits par le Conseil.

2. Les membres du bureau des examinateurs pourront être nommés de nouveau.

14. Il sera fait deux espèces d'examens en vertu du présent acte, savoir : l'examen préliminaire ou d'immatriculation, et l'examen professionnel.

2. Les sujets de ces examens seront fixés par le Conseil, et les candidats pourront, à leur choix, être examinés en anglais 45 ou en français.

15. Le Conseil fera tenir par le registraire, sous la direction du Conseil, un livre ou registre qui sera appelé le "Registre Médical Canadien," dans lequel seront inscrits, de la manière et avec les détails prescrits par le Conseil, les noms de toutes les personnes qui se seront conformées aux prescriptions du présent acte et aux règlements établis par le Conseil au sujet de l'inscription en vertu du présent acte, et qui demanderont au registraire d'y inscrire leurs noms.

16. A moins qu'il ne soit autrement prescrit par le présent acte, toute personne, sur paiement des honoraires prescrits par le Conseil à cet égard, aura le droit de se faire inscrire, soit comme praticiens, soit comme étudiant, selon le cas, si elle passe les examens prescrits par le conseil et se conforme d'ailleurs aux conditions et règlements établis pour cette inscription et prescrits par le présent acte et le Conseil sous son empire.

2. Jusqu'au tout médecin maintenant inscrit dans quelque province du Canada comme praticien aura, après ans de la date de son inscription, si pendant ces ans il est toujours resté inscrit, le droit d'être inscrits en vertu du présent acte comme praticien en médecine, et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le Conseil.

8. Toute personne rentrant dans quelque'une des classes de praticiens inscrits ou diplômés auxquels s'applique l'alinéa (j) de l'article 10 du présent acte, aura droit de se faire inscrire en se conformant aux règlements établis par le Conseil à cet égard.

17. Toute inscription dans le registre pourra être annulée ou corrigée pour cause de fraude, d'accident ou d'erreur.

18. Sur la décision du registraire au sujet d'une demande d'inscription, de correction ou de modification du registre, le requérant, s'il se croit lésé par la décision du registraire, pourra en appeler au Conseil, qui entendra les parties et décidera l'affaire ; mais toute demande à l'effet de faire annuler ou biffer une inscription au registre à l'encontre de l'intérêt de la personne visée, sera renvoyée au Conseil par le registraire, et le Conseil, après avis donné aux intéressés, entendra la cause et la décidera.

2. La décision du Conseil en tout ce qui a trait au registre, aux inscriptions faites ou à faire, et au droit de l'inscription, que ce soit sur appel ou autrement, sera finale.

19. S'il est démontré au Conseil, après enquête qu'une personne inscrite en vertu du présent acte a été convaincue, dans quelque partie des possessions de Sa Majesté ou ailleurs, d'une infraction qui, si elle eût été commise en Canada, eût entraîné une mise en accusation en vertu du *Code Criminel*, 1892, et de ses modifications, ou qu'elle s'est rendue coupable d'une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, que cette infraction ait été commise, ou que la conviction ait eu lieu, ou que la conduite infamante ou indigne ait été tenue avant ou après la sanction du présent acte, ou avant ou après l'inscription de cette personne, le Conseil ordonnera au registraire de rayer le nom du coupable du registre ; pourvu, néanmoins, que si une personne inscrite en vertu du présent acte a aussi été inscrite en vertu des lois de quelque province, et si cette inscription provinciale a été biffée du registre, pour quelque'une des causes susdites, par ordre du conseil médical de cette province, le Conseil devra alors, sans plus ample enquête, ordonner la radiation du nom de cette personne du registre tenu en vertu du présent acte.

2. Le nom d'une personne ne sera pas biffé du registre en vertu du présent article,—

(a) parce qu'elle aura adopté ou refusé d'adopter la pratique de telle théorie particulière en médecine ou en chirurgie ; ou

(b) parce qu'elle aura été trouvée coupable, en dehors des possessions de Sa Majesté, d'un délit politique contre les lois d'un pays étranger ; ou

(c) parce qu'elle aura été trouvée coupable d'une infraction qui, bien que tombant sous le coup des dispositions du présent article, sera, de l'avis du Conseil, soit à cause de l'insignifiance de l'infraction, soit par suite des circonstances dans lesquelles elle aura été commise,

insuffisante pour empêcher quelqu'un d'être inscrit en vertu du présent acte.

20. Lorsqu'il sera démontré au Gouverneur en conseil, par un Conseil médical provincial, que quelque'une des prescriptions des aliénés (i) et (ii) du proviso de l'aliénat (i) de l'article 10 du présent acte n'a pas été remplie, le Gouverneur en conseil pourra autoriser la commission d'arbitrage ci-dessous prévue à s'enquérir d'une manière sommaire et de lui faire rapport si tel est le cas, et, s'il en est ainsi, prescrire la manière d'y remédier, si la chose est possible.

2. Le Gouverneur en conseil invitera le Conseil médical du Canada à y remédier dans tel délai que, en tenant compte du rapport de la commission, il jugera à propos de fixer. Si le Conseil manque de le faire, il devra, par un arrêté en conseil, modifier les règlements au sujet du cours d'études ou des sujets de l'examen, selon le cas, de manière à donner effet aux remèdes à apporter. Les règlements ainsi modifiés seront réputés être les règlements établis en vertu du présent acte.

3. La commission d'arbitrage sera composée de trois membres. Le Gouverneur en conseil nommera un juge de la cour Suprême du Canada comme l'un de ces membres ; le Conseil médical du Canada en nommera un second, et le Conseil médical provincial qui aura porté plainte nommera le troisième.

4. La commission pourra contraindre les témoins à comparaître et les interroger sous serment, exiger la production de livres et documents, et sera revêtue de tous les autres pouvoirs nécessaires que lui conférera le Gouverneur en conseil pour les fins de l'enquête.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J. P. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Ces *Conférences de médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Parmi les questions d'ANATOMIE, nous citerons les *muscles intrinsèques du larynx*, la *trachée*, les *vaisseaux sanguins du poumon*, la *configuration* et les *rapports du cœur*, les *espaces intercostaux*, le *diaphragme*, les *nerfs faciaux*, les *circonvolutions cérébrales*, les *artères du cerveau*, les *sinus de la dure-mère*, le *quatrième ventricule*, etc.

Comme sujets de PATHOLOGIE INTERNE, nous signalerons le *croup*, la *tuberculose pulmonaire*, la *gangrène pulmonaire*, l'*adénopathie trachéobronchique*, la *grippe*, l'*érysipèle de la face*, l'*hémorragie cérébrale*, la *méningite tuberculeuse*, l'*hémiplegie*, le *tabes*, etc.

La PATHOLOGIE CHIRURGICALE est représentée par les questions : " Cancer du larynx, corps étrangers des voies aériennes, cancer du sein, plaies pénétrantes de la plèvre et du poumon, fractures du rocher, conjonctivites, mal de Pott, fractures du rachis."

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Mœlle. — X, Mœlle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX et XX, Reins, Urètres, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont dessinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture : les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

The Cow Pea :— " The Cow, Pea " est le titre de la dernière publication de la Ferme Expérimentale de la Société d'Horticulture de l'Etat de la Caroline du Nord, à Southern Pines, N. C. Ce livre, élégamment relié et illustré, discute de la valeur et des usages de cette récolte importante, le Cow Pea. Nos lecteurs doivent s'en procurer une copie gratuitement en écrivant au " Superintendent of Experiment Farm " Southern Pines, N. C.

Les fonctions Hépatiques, par MM. A Gilbert, professeur à la Faculté, et P. Carnot, docteur es sciences. Membres de la Société de Biologie. 1 vol. in-12, de 287 pages cartonné à l'anglaise, prix \$1.25. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine. Paris.

FORMULAIRE

CONTRE LE TOENIA CHEZ LES ENFANTS

Huile étherée de fougère mâle.. 4 grammes.
mel... .. 0 gram. 40

Eau..... 15 grammes.
Sucre en poudre..... 15 —
Télatine..... Q. S.

A donner après un jour de réquise lacté à un enfant de cinq ans. (Duchesne)

CONTRE L'OEDEME DE LA GLOTTE

Alun..... } à 5 grammes.
Tanin..... }
Extrait de ratarhia..... 10 —
Eau 500 —

En pulvérisation 5 à 6 fois par jour dans la gorge.
(Comby. in *Le Progrès méd.*)

CONTRE LES ASCARIDES

Semen contra pulvérisé.. . . . } à 2 grammes.
Mousse de Corse.. . . . }
Calomel 0 grammes 20
Diviser en 2 paquets, en donner un le matin durant deux jours.

ou.. . . . (Comby.)
Santonine.. . . . 0 grammes 20
Huile d'amandes douces.. . . 60 grammes.
Teinture de semen contra.. . . IV gouttes.
Une cuillerée à soupe, deux fois par jour.

(SMITH, de Moscou, in *Le Progrès méd.*)

NOUVELLES.

LES ELECTIONS DE " L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD," QUI ONT ÉTÉ TENUS A MONTRÉAL LE 6 COURANT ONT DONNÉ LE RÉSULTAT SUIVANT.

M. le Dr D. Brochu, Québec..... Président.
" " E. P. Lachapelle, Montréal. }
" " Coy. Provost, Ottowa..... } Vice-Présidents
" " Archambault, Cohoes, E. U. }
" " Alb. Marois, Québec..... Trésorier
" " M. Cléroux, Montréal..... " adjoint
" " Arthur Simard, Québec..... Secrétaire général
" " Albert Lesage, Montréal... " " adjoint

Supplément Littéraire

Coq-à-l'âne médicaux.

Diabète et pomme de terre. — M. Mossé, dans une communication à l'Académie de médecine, formule la conclusion suivante, basée sur une expérience de cinq ans : — dans les diabètes la pomme de terre est non seulement un aliment permis, mais bien un aliment utile qui peut être avantageusement substitué au pain, à doses élevées suffisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire, c'est-à-dire, en poids dans la proportion de 2 1/2 à 3 de pommes de terre pour un pain.

Réflexion-chromo de Rodica et de Doodica après la décollation :

— Enfin seules ! (*Masque de fer*)

Autour de l'opération du jour. —

On parle dans un salon, avec beaucoup d'éloges ; d'un mari et d'une femme qui forment un ménage modèle.

— C'est vrai, dit quelqu'un, ils sont inséparables. Alors, un vieux monsieur un peu distrait :

— Il faut les envoyer au docteur Doyen. (*Le Masque de fer*)

Le féminin de Doyen. — Savez-vous comment Mme Reichenberg appelle Doodica et Rodica, depuis l'opération que l'impitoyable praticien a racontée à tous nos confrères ?

— ???

— Les petites doyennes. (*Masque de fer*)

Les Xiphopages. — Le juge : Alors vous les avez surpris tous les deux dans une situation non équivoque ?

Le mari : Oh ! la, la !..... On aurait pu les adresser à M. le docteur Doyen !... (*Le Journal, Paris*)

Traitement du rhumatisme par le massage au pétrole. — La guérison est plus rapide que sous l'influence de tout autre moyen : toute médication interne est supprimée. On emploie le pétrole ordinaire ; on masse le membre chaque jour pendant dix minutes ; la douleur est nulle. Quand la peau commence à rougir, on cesse toute manœuvre et on applique un pansement ouaté. (*J. de la santé.*)

Les collyres à base d'acétate de plomb peuvent laisser une opacité permanente là où il y a une ulcération cornéenne. (*Med. Summary*)

Cas grave. — Un soir tard un de nos collègues reçoit une note de deux de ses confrères lui disant : Viens nous rejoindre ; il nous en manque pour une partie de

“ pitre ” ! Immédiatement il se tourne vers sa femme et dit : chère, on me demande pour un cas grave ; il y a déjà deux médecins de rendus !

Mort professionnelle. — En rade de Cherbourg :

Un vieux matelot apprend, sur le pont, qu'un capitaine de frégate, son ancien commandant, vient de passer de la vie au trépas.

Il essuie un pleur en disant :

— De quoi est-il mort ?

— De la rupture d'un vaisseau.

— Ah ! tant mieux ! pour un marin, c'est une belle mort ! (*J. de la santé*)

Greffes indolores. — C. G. Foote, de Cleveland, Ohio procède comme suit : Si la plaie est récente, il n'y a guère nécessité de la curetter ; dans le cas contraire, on applique sur elle du coton hydrophile, imbibé d'une solution de cocaïne, à 40/c, pendant 10 minutes, puis on curette.

L'endroit où la greffe sera prise est parfaitement stérilisé. On injecte, avec une seringue de Pravaz, en deux ou trois fois, du sérum artificiel, de manière à produire un soulèvement épidermique sur une longueur de un pouce et demi et une longueur de un demi-pouce. La greffe pourra alors être enlevée, sans douleur, et portée sur la surface à couvrir. Lorsque le nombre suffisant de greffes a été prélevé, on les recouvre de languettes de “ protective ” Lister, puis de gaze stérile imbibée de sérum. Cette gaze sera changée deux ou trois fois par jour et la plaie irriguée doucement avec la solution saline. On n'enlève le protective que lorsque les greffes sont solidement prises. (*Med. Rec.*)

La médecine à la campagne.

Le docteur ; Eh bien, père Machin, que pensez-vous de mon traitement ?... vous sentez-vous allégé ?

Père Machin. — J'cré ben ! je me sentions allégé d'un écu chaque fois que vous venez... mais ça m'rend pas l'appétit ! (*Le médecin*)

Digne de mort. — Un monsieur, très laid, demande à un pharmacien de lui remplir une fiole de laudanum

— Avez vous une ordonnance ?

— Voyons, regardez-moi, ai-je l'air d'un homme qui veut se tuer ?

Le pharmacien, après un silence :

— Je ne sais pas, mais si je vous ressemblais, je n'hésiterais pas ! (*Marseille-Méd.*)

L'avenir de la médecine. — Un de nos distingués professeurs, reconnu pour la finesse et la véracité de ses réflexions, disait tout dernièrement, dans une clinique : “ Bientôt, messieurs, la médecine ne sera plus que “ microbes, microscope et sérum ” — Quel “ truisme ” naissant ! Et malheureusement alors, adieu la saine observation clinique d'autrefois, et d'aujourd'hui encore un peu ! Elle sera “ décollée ” — un

peu de Doyen et un peu de guillotine — et ainsi elle deviendra unique !

Doyeniana. — Coins de salons :

A propos de la dernière opération sentionnelle, le docteur Doyen cause, fort entouré, parmi des fracs et épaules nues.

— Alors docteur, vous partez demain ?

— Oui madame, pour Bruxelles.

— Une belle opération ?

— Oui, madame, la poule du roi Léopold ?

— Vous opérez les poules ?

— Oui, madame, au tir aux pigeons.

— Comment, ma chère, vous ne savez donc pas que le docteur est non seulement l'un de nos plus brillants bistouristes, mais aussi l'un de nos meilleurs fils ?

— C'est que vous ne chargez pas vos cartouches avec vos ordonnances, comme certain de vos confrères.

— Alors, nous ne vous reverrons que la semaine prochaine ?

— La semaine prochaine, je serai à Reims.

— Une opération d'un autre genre ?

— Certes. Un riche négociant américain qui me propose de m'acheter mille barriques de champagne.

— Ah ! ce docteur ! Il est de tout, partout.

— Alors, docteur, je prendrai patience, car j'ai besoin de vous. Mon mari fait des folies à la partie du cercle. Ma fortune y passera.

— Je regrette, madame, mais je ne m'occupe que des séparations de corps...

La séance continue.

NIRE.

Rodica et doodica opérées

(Rodica et Doodica ont été opérées, hier, par le docteur Doyen : le chirurgien bien connu, le docteur Fort, qui assistait à l'opération, a bien voulu donner au *Journal* le récit qui suit, et que nos lecteurs liront certainement avec intérêt. D'autre part, nous publions sur cet événement chirurgical une intéressante interview du docteur Doyen).

Hier dimanche, 19 février à deux heures, le docteur Doyen a procédé à l'opération qui devait rendre indépendantes les deux sœurs. Dans une salle chaude, entouré de ses aides ordinaires, veillant à tout en même temps, notre illustre collègue a préparé son arsenal instrumental et a donné à chacun son rôle.

Les deux sont chloroformées en quelques instants, chacune par un aide. On les place, tout endormies, sur le lit, de l'opération. Ces enfants, âgés de huit à neuf ans, sont très maigres, mais celle de gauche, Doodica, est d'une maigreur extrême : elle est, pour ainsi dire, décharnée.

Elles sont toutes deux malades de tuberculose : les pauvres petites n'ont pas pu supporter les climats froids éloignés de leur pays. Rodica, situé à droite de sa

sœur, a le sommet d'un de ses poumons infiltré de tubercules, mais l'autre est complètement envahi par le produit morbide. Les deux poumons ne sont pas seuls atteints, le péritoine l'est également. Personne n'échappe à la tuberculose du péritoine. Il est donc probable, malgré les excellents résultats immédiats de l'opération, que cette dernière ne vivra pas. Si elle vivait, ce serait miracle.

Le pont charnu qui les unit a douze centimètres de hauteur, quatre à cinq de longueur d'un sujet à l'autre et quatre centimètres d'épaisseur environ.

Ce pont charnu s'attache sur les deux sujets à la paroi abdominale, depuis l'ombilic jusqu'à la partie inférieure de sternum. Il est entouré de la peau qui se continue avec celle des deux enfants.

Les aides étant chacun à leur poste, le chirurgien fait une asepsie parfaite du pont, c'est-à-dire une toilette minutieuse du point d'union. Puis, avec le sang-froid que personne ne lui conteste, il incise hardiment la peau de la face antérieure du pont charnu, d'une extrémité à l'autre.

Partant ensuite de l'ombilic, qui est unique, et situé sur le bord inférieur du trait d'union, il ouvre avec précaution le conduit sérieux qui établit une communication entre les deux péritoines. Ce nombril unique indique qu'il n'existait qu'un placenta et un cordon ombilical pour les deux enfants. Un gros cordon se présente, formé par les veines ombilicales, qui vont de l'ombilic aux deux foies. Ce cordon est soulevé au moyen d'un crochet mousse. Un aide jette deux fils de catgut autour de ce cordon, qui est ensuite sectionné entre les deux ligatures.

Immédiatement au-dessous, et en arrière, se trouve un pont hépatique, les deux foies sont fusionnés. Une singuette de tissu du foie, de sept à huit centimètres de hauteur, sur deux d'épaisseur, s'étend du foie de Rodica à celui de Doodica. Avec des précautions extrêmes, cette languette de tissu hépatique est liée et divisée. Au-dessus de la languette qui unit les deux foies se trouve un cartillage, de deux centimètres de diamètre, étendu de la partie supérieure du sternum de l'une des fillettes au même point du sternum de l'autre. De nombreux vaisseaux sont liés, et, finalement, la peau de la partie postérieure du pont charnu est divisée avec les ciseaux.

Les enfants sont séparées et placées sur deux tables distinctes. L'opération n'a pas duré plus de dix minutes, et les sujets n'ont pas perdu deux cuillerées de sang.

M. Doyen a procédé ensuite à la suture des deux ouvertures faites au ventre des enfants ! Un plan profond de sutures au fil de soie a réuni les tissus mous sous-cutanés et un plan superficiel de sutures a rapproché les deux lèvres de la peau. L'hématose a été faite avec un soin minutieux, du côté du péritoine comme du côté des lèvres de la plaie.

(A suivre)

Travaux Originaux

LES ALIENES AU CANADA. (1)

par M. le Dr E. P. CHAGNON

Professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique de Paris, membre honoraire de la Société de Médecine Mentale de Belgique, membre actif de l'American Medico-Psychological Association.

Une étude d'ensemble sur ce sujet présente, à l'heure actuelle, des difficultés, à cause de l'insuffisance des rapports statistiques officiels.

Les surintendants des asiles dans le rapport annuel qu'ils font à leur gouvernement provincial respectif, ne se guident pas sur un système de tableaux statistiques identiques pour tous les asiles des différentes provinces : chaque province a son système particulier ; quelques-unes en ont même un, variable pour chaque asile.

C'était le cas de notre province jusqu'à ce que la *Société Médico-Psychologique de Québec* adopta, à notre suggestion, à sa dernière réunion, une nomenclature des maladies mentales, qui est devenue la nomenclature officielle pour la province de Québec.

Différents autres tableaux statistiques sont à l'étude et seront soumis à la Société à sa prochaine réunion.

Ce défaut d'uniformité dans les rapports officiels rend difficile une étude générale sur les aliénés. Il est donc à désirer qu'une commission composée d'un représentant de chaque province soit nommée avec mission de préparer une série de tableaux qui assureront l'uniformité des rapports officiels dans toute la Puissance.

Il sera facile alors de faire des études très utiles sur les aliénés au point de vue économique ou social. Car il sera bientôt nécessaire de considérer non seulement la question de l'entretien de ces malades, mais celle, plus importante, d'enrayer la marche progressive des maladies mentales.

Nous nous bornerons aujourd'hui à l'étude sommaire du mouvement de la population dans les asiles durant les trois dernières périodes décennales, étude pour laquelle nous avons pu malgré tout, réunir des données suffisantes, grâce à la bienveillance des surintendants des asiles.

Le premier tableau nous donne pour chaque province, le nombre des aliénés internés à la fin de chaque période fiscale durant les dix dernières années, excepté pour la province de la Nouvelle-Ecosse, où il a été impossible de connaître le chiffre des aliénés internés dans les asiles de comté antérieurement à 1895.

TABLEAU No 1 indiquant la population de nos asiles à la fin de chaque année fiscale de la dernière période décennale.

	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900
Ontario	3,888	4,073	4,240	4,406	4,614	4,723	4,909	5,029	5,084	5,152
Québec	2,548	2,621	2,650	2,697	2,803	2,833	2,905	2,966	2,981	3,025
Nouvelle Ecosse (2)					878	883	955	934	963	1,003
Nouveau Brunswick	466	451	379	482	506	495	498	487	524	547
Manitoba et Nord-Ouest	153	199	255	297	311	348	379	417	419	452
Colombie Anglaise, Yukon	123	135	133	162	164	171	204	226	243	262
Ile du Prince Edouard	137	137	137	153	167	174	184	183	188	184
Puissance du Canada					9,443	9,627	10,034	10,242	10,402	10,625

(1) Communication faite à la Société Médico-Physiologique de Québec, le 13 mars 1902.

(2) Ce n'est qu'à dater de 1895, que l'on commença à publier les statistiques des Asiles de Comté. Durant les années 1891-92-93-94, la population du *Newa Scotia Hospital* était respectivement de 354, 363, 354 et 371.

D'après ce tableau, nous voyons que le chiffre des aliénés internés dans les asiles a été constamment en augmentant chaque année.

Il importe de savoir si cette augmentation est simplement proportionnelle à l'augmentation de la population, ou si elle est réelle, c'est-à-dire, si le pourcentage de l'aliénation dans chaque province s'est accrue effectivement.

C'est ce que nous avons recherché dans le tableau No. 2.

TABLEAU No. 2 indiquant l'augmentation et la diminution proportionnelles et réelles des aliénés, calculées sur les recensements de 1891 et 1901.

	Recensement	Population	Aliénés	Aug. proportionnelle	Aug. réelle	Diminution réelle
Ontario	1891 1901	2,114,321 2,182,942	3,888 5,152	0,0018 0,0023	0.0005	
Québec	1891 1901	1,488,535 1,648,898	2,548 3,025	0,0017 0,0018	0.0001	
Nouvelle Ecosse	1891 1901	450,396 459,574	878 1,014	0,0019 0,0022	0.0003	
Nouveau Brunswick	1891 1901	321,263 331,120	466 547	0,0014 0,0017	0.0003	
Manitoba et Nord-Ouest	1891 1901	138,127 438,925	183 452	0,0011 0,0010		0.0001
Colombie anglaise, Yukon	1891 1901	98,173 204,439	123 262	0,0013 0,0013	0.0000	
Ile du Prince Edouard	1891 1901	109,078 103,259	137 184	0,0013 0,0018	0.0005	
Puissance du Canada	1891 1901	4,719,893 4,369,157	8,193 10,636	0,0017 0,0020	0.0003	

D'après les chiffres ci-dessus nous constatons que le Manitoba et le Nord-Ouest présentent une diminution d'un aliéné par dix mille âmes, de 1891 à 1901 ; que la Colombie Anglaise et le Yukon sont restés stationnaires ; qu'au contraire, les autres provinces accusent une augmentation réelle dont voici le taux pour chacune d'elle : Ontario offre une augmentation réelle de cinq aliénés par dix mille âmes ; Québec, un par dix mille, la Nouvelle-Ecosse, trois par dix mille, le Nouveau-Brunswick, trois par dix mille, l'Ile du Prince Edouard, cinq par dix mille, la Puissance du Canada, trois par dix mille.

L'aliénation mentale a donc véritablement augmenté au Canada durant les dix dernières années.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

La gelatine contre les anevrysmes

A la dernière séance de la Société de chirurgie M. le Dr Reynier a rapporté une observation très concluante au sujet de l'efficacité de la méthode préconisée par MM Lancereaux et Paulesco contre les anévrysmes en général. Cette observation est relatée par la *Gazette des hôpitaux* :

Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui, à la suite d'une chute d'un second étage sur la tête, d'une fracture de la base du crâne ; elle se rétablit, et, un mois après cet accident, elle présente de la douleur et de l'exophtalmie de l'œil droit, avec de la diplopie et des bourdonnements d'oreille incessants, de la céphalalgie et des sensations de bruits métallique. On reconnaît l'existence d'un anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. La compression de la carotide primitive droite fait cesser le bruit de souffle caractéristique. M. Reynier propose la ligature de la carotide primitive qui est acceptée. Les suites sont bonnes, les troubles disparaissent. Mais la malade voit moins bien qu'avant l'opération, son œil se congestionne ; elle présente, en outre, des troubles d'aliénation mentale passagers. Puis le souffle revient, l'anévrysme se reforme. Alors M. Reynier, d'accord avec le médecin de la malade, M. Coumétou, prescrit des injections de sérum gélatiné à 10 p. 1.000,5 centimètres cubes tous les deux jours. Sous l'influence de ces injections, le souffle diminue d'abord puis disparaît, mais pour reparaitre peu de temps après la cessation. Enfin, après plusieurs reprises du traitement toujours suivies de récurrence, MM. Reynier, Coumétou et Paulesco décident de pratiquer une injection de 200 centimètres cubes de sérum gélatineux. Le souffle disparaît, puis revient ; nouvelle injection de 100 centimètres cubes après laquelle une grande amélioration est obtenue et persiste. L'état de cette malade est depuis plusieurs mois, resté très satisfaisant. Il y a donc un parti très avantageux à tirer des injections de sérum gélatiné dans le traitement des anévrysmes.

(Le con. méd.)

Les Phlébites

Pendant de longues années, le traitement des phlébites a consisté presque exclusivement, comme pour les fractures, dans l'immobilisation absolue avec élévation du membre malade, légère compression ouatée et douce expectation.

Ce traitement n'est peut-être pas bien dangeureux, mais il est un peu trop nul et cet abandon complet à la nature du soin d'opérer la guérison ressemble vraiment trop à une abdication pure et simple.

Voici le traitement actuellement préconisé par M. le Dr Hirtz, dans la *Rev. gen. de clin. et de thérap.* :

A la période de début, immobilisation classique dans une gouttière matelassée d'ouate, dans une gouttière de Bonnet en cas de phlébite double.

Durée variable, le chiffre fatidique de six semaines sera parfois dépassé.

Comme topiques locaux, rejeter les pommades iodurées, les onguents mercuriels. Prescrire une pommade largement morphinée lorsque la douleur, comme dans certaines formes de phlébites à type névralgique empêchera les malades de dormir.

Les applications humides ont été recommandées depuis de longues années. Reicheneau propose de les glacer comme moyen sédatif.

De même que M. Pinard, M. Hirtz a recours à des compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, à l'eau sédative coupée au tiers,— et, si la peau n'est pas tout à fait intacte, à l'eau blanche.

Pendant la période d'état, au bout de trois semaines, on peut, avec avantage, sortir le membre malade, sans secousse, de la gouttière, l'entourer d'une forte couche d'ouate et pratiquer la compression élastique au moyen de bande de crêpe Velpeau. La compression aura pour effet de faire disparaître plus rapidement l'œdème.

L'hamamelis virginica peut être employé sans inconvénient, mais aussi sans avantage bien démontré, tout au moins pendant la période aiguë.

On le prescrira sous forme d'extrait sec à la dose de 0 gr. 10 par jour.

La teinture se donnera à la dose de X gouttes, trois ou quatre fois par jour.

Dujardin-Beaumetz prescrivait la potion suivante :

Sirup d'ec. d'oranges amères.....	} 50 gram.
Extrait fluide d'hamamelis.....	
Teinture de vanille.....	XX gouttes

A prendre par cuillerées dans la journée.

Quand il s'agit de plébite blennorrhagique, M. Hirtz emploie la pommade suivante :

Ichthyol.....	10 gram.
Lanoline.....	} 50 —
Vaseline.....	

La phlébite syphilitique, à la période secondaire, est heureusement influencée par le traitement mercuriel.

A la période tertiaire, l'iodure à dose massive est indiqué.

Dans la phlébite goutteuse, on aura recours aux pilules suivantes :

Poudre de sem. de colchique.....	1 gramme.
Sirop de guimauve.....	3 —
Extrait de digitale.....	0 gr, 40 c.

Pour 20 pilules ; 1 par jour.

On bien encore on prescrira la teinture de semences de colchique (vingt à cinquante gouttes en 24 heures).

M. Hirtz n'est pas partisan de la massothérapie dans la phlébite : il n'en parle que pour recommander une très grande prudence dans son application.

A la période terminale, dit-il la puissante action de la massothérapie a été mise en évidence par Ludwig et ses élèves, par van Mosengeil, par Anders Wirde, directeur de l'Institut orthopédique de Stockholm.

" Je recommande, comme ce dernier, dit M. Hirtz, le parti de la prudence pour le choix du moment ou le message devra être pratiqué.

Le message ne sera pratiqué que sur les zones situées en dehors de la zone phlébitique, en allant progressivement, par pressions douces et continues. On le réservera aux seuls cas de phlébite où le membre atteint restera tuméfié, où les tissus se maintiendront œdématisés et épaissis, et dans les cas de déformation en équin par pied bot phlébitique, et surtout aux troubles trophiques musculaires.

" On ajoutera au massage les mouvements passifs, très recommandés par l'école suédoise. Après chaque séance, Jacger conseille d'appliquer autour du membre une bande élastique légèrement serrée et d'en continuer l'usage pendant quelque temps après la guérison.

" Je ne vous parlerai que pour mémoire des tentatives audacieuses du morcellement du caillot dès le début de la phlébite. C'est de la haute écoles que je ne vous engage pas à essayer."

Ces opinions sont battues fortement en brèche aujourd'hui par M. le Dr Vaquez et M. le Dr Dagrón.

" Il faut considérer qu'un phlébitique est susceptible d'être mobilisé sans crainte, quand on a la certitude qu'il n'a présenté aucun état général, aucune température anormale depuis une huitaine de jours. Comme c'est le temps nécessaire à l'évolution du caillot, s'il existe une phlébite récidivante, il serait téméraire de commencer par la mobilisation pendant la période où le caillot n'adhère que faiblement à la paroi veineuse.

" Aussi est-il préférable de connaître le malade depuis le début de l'affection, non seulement parce qu'on peut lui appliquer de suite un traitement rationnel qui lui évitera l'ankylose, la raideur mieux saisir par l'examen de ses symptômes généraux, et surtout de la température, le moment où on peut intervenir sans aucun danger.

Le principe est le suivant : une phlébite isolée évolue en une huitaine de jours, ou tout au moins l'évolution microbienne et la réaction inflammatoire est de 8 jours environ. A la fin de cette période, le caillot

adhère à la paroi du vaisseau. Le résultat est le suivant ; une veine est oblitérée, les adjacentes vont se dilater pour remplacer celle qui a été annihilée.

“ La circulation voisine est donc défectueuse, on l'aide par la contraction musculaire qu'on réveille, par la mobilisation des membres en amont. C'est pour cela qu'il faut dès la deuxième semaine, conseiller quelques mouvements des jambes et des pieds. Un mouvement est dangereux, la flexion du bassin, on l'évite jusqu'à la fin du traitement.

“ Au bout de 15 jours, s'il n'y a eu aucune poussée phlébétique secondaire, on peut faire plus de mobilisation, et même les médecins expérimentés peuvent masser les zones musculaires des membres inférieurs.

“ Peu à peu, on lèvera le malade, pour qu'il soit tout à fait valide au bout du mois. A ce moment, il existe de l'œdème aux malléoles surtout le soir.

“ Cet œdème disparaîtra progressivement ; en tous cas, il ne doit jamais inquiéter ; car il faut recommander aux malades surtout aux jeunes, de ne pas porter de bas à varices, car ce serait entraver l'éducation de la circulation veineuse inférieure, et plus tard, les malades ne pourraient plus se passer de cette compression.

“ Tout ne se passe pas toujours aussi simplement, je le pense tout au moins, car je n'ai pas eu de récurrences avec la méthode de mobilisation précoce ; mais, on peut supposer qu'il y aura quelquefois en dépit de ce traitement, des phlébites secondaires, des phlébites qui donneront à la maladie l'allure des phlébites à marche lente et chronique. Il existe un symptôme très précis qui doit guider votre intervention, l'absence de température, l'absence de phénomènes généraux. C'est pour ne pas avoir interrogé le thermomètre qu'on a eu de si graves accidents. Il faut donc, en cas de récurrence, attendre la chute de la température, surveiller le malade quelques jours, puis le mobiliser.

“ En résumé, la phlébite se présente à nous suivant trois aspects. C'est une phlébite toute récente, que nous devons soigner : donnons le temps au caillot d'adhérer à la paroi, puis mobilisons le membre malade sans crainte, dans le but d'éviter de nouvelles phlébites et les impotences secondaires aux immobilisations.

“ C'est une phlébite à peu près guérie ; méfions-nous ; il y a eu plusieurs poussées. Interrogeons le thermomètre, et après 8 jours d'état général normal, commençons le traitement de la phlébite.

“ Il est au contraire, des cas où les malades, qui nous sont confiés, présentent encore des symptômes de phlébite mal définie. Il y a un peu de fièvre, le gonflement des jambes existe encore, non seulement après la station verticale, mais dans le décubitus dorsal ; les régions correspondant aux veines superficielles et profondes (saphènes, fémorales, poplitées, tibiales), sont encore indurées et sensible au toucher. Ce sont des malades que je qualifierai de dangereux : ils sont peut-être en pleine évolution d'une phlébite récidivante, et

quoique arrivés à leur quatrième ou cinquième mois, ils sont susceptibles de faire des embolies pulmonaires, comme l'expérience le démontre.”

“ En ce qui concerne la période terminale de la phlébite, tout le monde est d'accord sur la nécessité de recourir au massage pour lutter contre les suites de l'immobilisation trop prolongée ; ankyloses, atrophies, rétractions ; car les veines ont fait depuis longtemps leur évolution pathologique, et s'il y a encore à aider l'éducation veineuse, il n'y a plus à craindre de segmentation de caillots.”

Dans la période de convalescence.—C'est surtout au traitement hydrominéral que l'on devra s'adresser ; c'est à ce moment qu'il devient une méthode de choix. Les bains salés à domicile, chargés de 4 à 5 kilogrammes de gros sel gris, rendent de réels services et hâtent la résolution de certains œdèmes tenaces persistant pendant des semaines et des mois, après la guérison apparente de la phlébite. Ils activent la nutrition des membres, réveillent la tonicité musculaire et diminuent, s'ils sont longtemps continués, les chances de récurrences. Leur durée sera de vingt à quarante minutes, leur fréquence de trois à quatre par semaine. A la sortie du bain, il sera sévèrement interdit de marcher ; on prescrira le décubitus horizontal, pendant un demi-heure au moins.

M. Hirtz, dans son étude sur le traitement des phlébites anciennes et sur leur prophylaxie, signale quelques stations d'eaux minérales naturelles très efficaces et de boues thermales non moins utiles, principalement, dans certaines formes chroniques de phlébites variqueuses.

“ Ces eaux et ces boues sulfureuses réveillent la vitalité, stimulent l'irrigation des tissus et activent la nutrition du membre.”

(Le concours méd.)

De l'inégalité pupillaire dans les anévrysmes artériels et les affections du cœur

par M. BALMELLE

Parmi les affections de l'appareil circulatoire, ce sont les anévrysmes de gros vaisseaux et ceux de l'aorte surtout qui provoquent le plus fréquemment de l'inégalité pupillaire.

D'après M. Balmelle, il n'y a de myosis que dans les anévrysmes. Quand un anévrysmes détermine du myosis, il correspond toujours au côté de la tumeur.

Il indique que le nerf sympathique du côté correspondant est au moins très fortement comprimé, de telle sorte que la lésion pupillaire peut faire localiser avec une grande probabilité le siège de l'anévrysmes. La même chose a lieu pour les anévrysmes avec mydriase mais avec un moindre degré de certitude.

La disparition d'une inégalité pupillaire constatée au cours d'un anévrysmes est en général d'un fâcheux

pronostic. Elle indique que la lésion pupillaire d'un côté se propage et gagne l'autre. Elle peut être le signe de la rupture de l'anévrisme.

Dans les observations réunies par M. Balmelle, les affections du cœur, telles que les péricardites et les dilatations, qui s'accompagnaient d'une augmentation du volume du cœur ont été marquées par une mydriase à gauche, ce qui plaide en faveur d'une action excitatrice sur le sympathique du même côté.

Celles dont la manifestation pathologique est plus générale, comme les lésions valvulaires, la provoquent indifféremment soit à droite, soit à gauche.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Participation du péritoine et de la pleure aux maladies du foie

par Lad. SYLLABA

La séreuse hépatique participe aux processus inflammatoires de presque toutes les maladies du foie, il faut faire exceptions pour les dégénérescences graisseuses ou amyloïdes de cet organe. Cette périhépatite séro-fibrineuse se révèle, quand elle est légère, par une sensibilité exagérée de la région hépatique, quand elle est intense par le frottement localisé sous le rebord costal droit et parfois assez prononcé pour prendre la rudesse et l'intensité du bruit de cuir neuf; ce bruit cesse quand le malade ne respire pas; il aurait été observé par l'auteur 2 fois sur 5, dans les cas de foie cardiaque au cours d'une lésion valvulaire mitrale.

Quelque fois l'inflammation du péritoine hépatique peut provoquer des frottements pseudo-péricardiques et même pseudo-pleuraux, et il faut savoir distinguer ces derniers des frottements pleuraux vrais qui peuvent, comme l'auteur l'a vu chez 14 malades, accompagner la périhépatite séro-fibrineuse, dans des cas de pseudo-leucémie, de cancer et de syphilis du foie, de lithiase biliaire d'ictère catarrhal banal ou de périhépatite dramatique, et dans ces cas, ces frottements pleuraux sont l'indice de la propagation de l'inflammation de la séreuse pulmonaire.

Aussi, l'examen de la région hépatique s'impose-t-il dans les cas où l'origine d'une pleurésie droite n'est pas nettement établie par la coexistence de lésions pleurales ou pulmonaires.

La découverte d'une pleurésie sèche droite chez des malades qui présentent des phénomènes abdominaux vagues et douloureux doit éclairer le diagnostic probable de lithiase biliaire; mais si l'on hésite entre la cholélithiase et la syphilis hépatique, la présence de frottements pleuraux ou périhépatiques ne peut servir au diagnostic différentiel parce que ces phénomènes peuvent être communs aux deux affections.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Contribution à la séméiotique et à la thérapeutique de l'appendicite

par le Dr GEORGES

(Suite.)

Quand la tuméfaction péritypplique occupe sa situation la plus habituelle, c'est à dire quand elle est située directement au dessus du ligament de Poupert, il faut se demander si l'exsudat est extra ou intrapéritonéal, et si l'intestin se trouve situé en-dessous ou au-dessus de lui.

La percussion et la palpation nous renseigneront sur la situation des anses intestinales; la percussion en particulier devra être très minutieuse, afin que, par exemple, dans le cas d'un gâteau superficiel très étendu, mais peu épais, la sonorité de l'intestin situé profondément ne voile pas la matité superficielle de l'exsudat. Il faudra donc percuter légèrement, et rechercher en même temps la résistance au doigt des tissus.

Après avoir déterminé, chose de première importance pour une intervention, la situation relative de l'intestin et de l'exsudat, il est encore nécessaire de savoir dans quelle mesure le péritoine est intéressé. A priori, on peut conclure à une affection rétropéritonéale, quand l'affection n'a pas débuté par une douleur subite et intense, et par des vomissements, et quand les symptômes d'un phlegmon prennent la première importance. En ce cas, le pouls a toujours une fréquence en rapport avec l'élévation de la température, et il n'est jamais aussi rapide que dans le cas de suppuration intrapéritonéale. De même, les symptômes nerveux, et la perte des forces sont moins accentués. Le métérisme n'apparaît le danger d'une perforation intestinale. Mais ces cas d'infection propagée ne se produisent que quand l'infection progresse rapidement, ce qui est assez rare. Le pronostic des cas aux allures primitives extra-péritonéales est relativement bon, quoique l'évolution en soit assez prolongée. Néanmoins on risque toujours les grandes suppurations du bassin, les gros abcès du tissu conjonctif.

Lorsque la tuméfaction inflammatoire est superficielle par rapport aux anses intestinales, il arrive assez fréquemment que le processus reste extrapéritonéal, car des adhérences protectrices se forment rapidement, ou l'appendice ne possède qu'un mésoécilon partiel. Il n'en est plus de même quand les anses de l'intestin grêle entourent le processus vermiforme, quand elles sont superficielles. En effet, l'abcès appendiculaire n'est plus entouré par le péritoine pariétal mais bien par les anses grêles, et le pronostic dépendra de la rapidité et de la solidité avec laquelle celles-ci adhéreront entre elles; il sera en tous cas plus sérieux que dans le cas précédent, car on risquera beaucoup plus une péritonite généralisée.

Quand cet accident se produit, le pus fuse avec une très grande facilité entre toutes les anses, et l'intervention chirurgicale devient très délicate, car on ne sait où porter le couteau. Les premiers symptômes de la péritonite par perforation sont particulièrement foudroyants : collapsus grave, hypothermie, et pouls très fréquent. Bientôt après, un nouveau shok indique la participation de toute la cavité péritonéale au processus morbide ; on se demande alors s'il faut opérer pour sauver le malade, ou bien si l'expectation peut donner de meilleures chances de succès.

Quand les phénomènes aigus disparaissent sans emporter le malade, et que plus tard il se produit une récurrence, le praticien décidera l'opération, mais il se demandera quels risques il va courir d'infecter le péritoine sain, et quelles difficultés il aura de séparer l'appendice des anses intestinales agglutinées entre elles, ou avec la vessie, ou encore avec les annexes chez la femme, manœuvres qui pourront avoir comme conséquence de nouvelles perforations intestinales.

Quand l'appendice ne se trouve pas au-dessus du ligament de Poupart, il peut être dirigé en haut, le long du côlon ; en pareil cas, on risque des suppurations sous-phréniques (5 fois sur 10, d'après Karcwski), ou des ouvertures de l'abcès dans le côlon ; le pronostic est grave, l'opération difficile, car on risque, en extirpant l'appendice, de perforer le côlon.

D'autres fois, l'appendice plonge dans le petit bassin, et ne peut-être perçu que par le toucher rectal. Quand la perforation se produit, on observe des phénomènes de péritonite généralisée. En pareil cas, l'opération est dangereuse, car il faut traverser du péritoine sain qu'on infecte facilement.

Il existe encore deux variétés particulières d'appendicite, produites l'une par la situation transversale d'un appendice, qui va reposer dans la fosse iliaque gauche, l'autre par une situation sous-hépatique de cet organe (5 cas de Karcwski). Cette dernière forme est grave, car le diaphragme peut aussi prendre part à l'inflammation ; elle se distingue assez facilement avant qu'il y ait perforation. En effet, la région abdominale inférieure est généralement libre, et la tuméfaction située immédiatement sous le voile, avec lequel elle se confond. L'auteur en possède cinq observations personnelles, trois fois il a pu sauver ses malades, en incisant simplement l'abcès dans deux cas : une fois seulement il a réséqué simultanément l'appendice.

Le diagnostic de cette variété sous-hépatique est particulièrement difficile chez l'adulte, car les coliques hépatiques occasionnent des symptômes analogues : cependant on peut dire que la réaction péritonéale est moins intense dans la colique hépatique sans perforation.

Au point de vue thérapeutique, on ne peut donner que des indications générales quant à l'intervention ou à l'expectation ; la tâche du praticien consistera à

savoir les appliquer à tel ou tel cas, pris en particulier.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, on doit s'efforcer de faire le diagnostic à la période latente de l'affection ; un traitement rationnel, appliqué à cette phase prodromique, sera susceptible, sinon d'éviter la crise, du moins de diminuer son intensité et sa gravité.

Ces malades doivent éviter les indigestions, prendre une nourriture légère, non irritante ; celle-ci doit même consister pendant longtemps en liquides et en bouillies. Il faut craindre la constipation, et lorsqu'elle se produit, ne pas employer de substances qui excitent le péristaltisme intestinal : l'auteur recommande de petits lavements d'huile (250 gr.). La meilleure pratique consiste à condamner les patients au lit, jusqu'à ce que tout phénomène douloureux ait disparu depuis 3 ou 4 semaines. Ceux-ci doivent éviter pendant des mois les fatigues physiques (danse, gymnastique, etc.). Le Dr Karcwski n'a jamais obtenu de bons résultats par les cures balnéaires dans les appendicites récidivantes.

Quand on n'a pas obtenu par ces moyens la disparition des phénomènes morbides, il est indiqué, au bout d'un certain temps, de réséquer l'appendice. Très souvent, on sera étonné des altérations que présentera cet organe, en dépit des symptômes cliniques bénins. On trouvera des ulcérations s'étendant presque jusqu'à la séreuse, des calculs incarcérés menaçant de perforer la paroi, aussi bien qu'un catarrhe muqueux. Il peut y avoir des adhérences péritonéales, etc. En tous cas, l'opération ne sera pas plus dangereuse qu'une cure radicale de hernie ou de kyste ovarien.

Quand on voit seulement le malade au moment de sa première crise appendiculaire, il est généralement recommandé d'attendre lorsque la situation semble avoir des tendances à s'améliorer rapidement. Mais il faudra opérer toutes les fois que des symptômes péritonéaux, des irrégularités du pouls et de la température, feront craindre la formation d'un abcès : car dans ces cas, plus l'intervention sera hâtive, plus elle sera inoffensive ; l'apparition d'une péritonite généralisée rendra le succès moins certain. A plus forte raison, devra-t-on opérer immédiatement quand les symptômes seront d'emblée alarmants ; l'état du pouls et de la température ne pourront servir de base certaine d'investigation, car les données qu'ils fournissent sont quelquefois en contradiction avec l'état du malade ; un pouls fréquent sera, aussi bien qu'un pouls ralenti, en rapport avec l'infection péritonéale généralisée. Par contre, les phénomènes nerveux indiquent au premier chef la gravité et la malignité du cas, et guident le chirurgien dans ses décisions.

Quant à la nature de l'intervention, il est évidemment toujours préférable de réséquer l'appendice, car une opération radicale seule peut amener une guérison radicale. Néanmoins, dans certains cas, on se contentera d'ouvrir l'abcès, plutôt que de remuer toutes les anses intestinales pour découvrir le processus vermiforme.

me, quand on ne le trouve pas facilement.

Il est pour le chirurgien une situation très difficile : c'est celle où, d'emblée, l'affection se présente avec tous les signes d'une péritonite grave, septique et diffuse, sans un foyer morbide plus accentué, on ne sait alors s'il s'agit d'une infection générale du péritoine, ou seulement d'une irritation de ce dernier, consécutive à l'existence d'un foyer septique. En pareil cas, beaucoup d'auteurs, même des plus prudents, conseillent une intervention immédiate. Mais l'expérience nous apprend que souvent une inflammation aussi intense rétrocede, pour ne laisser au couteau qu'un foyer limité soit à la fosse iliaque, soit au foie, soit au rectum. Il faut dire qu'une opération aussi hâtive ne peut, en pareil cas, assurer un succès certain ; souvent l'incision rapide de la paroi abdominale ne fait pas affectuer un grand pas au traitement.

Karewski lui-même, sur 19 cas, n'a pu que 3 fois sauver son malade par ce procédé ; au contraire, l'expectation lui a permis d'obtenir de meilleures résultats. Dans les cas seulement où, malgré les procédés médicamenteux, l'affection ne fait qu'augmenter, l'état général que s'aggraver, on peut obtenir une amélioration en évacuant le pus par une large incision, en réséquant s'il est possible, sans trop de dégâts, l'appendice vermiforme, et en faisant un drainage à la gaze iodoformée. Avant l'opération, il est bon toutefois de combattre le collapsus par des injections salines sous-cutanées, et par des injections de camphre. On trouve alors des abcès multiples, et entre les anses intestinales plus ou moins adhérentes, un exsudat sérieux, hémorrhagique, ou séropurulent, qui disparaît quelquefois après un tamponnement prolongé à la gaze iodoformée.

(Le Concours Médical.)

Chirurgie chez les diabétiques

D'après une récente thèse de M. le Dr L. Janin, de Senlis, le diabète, maladie générale, retentit sur la nutrition des tissus en la ralentissant, en diminuant leur force de résistance aux agents infectieux et leur faculté de régénération. Depuis le début de leur maladie, où ils sont placés à peu près dans les mêmes conditions que les sujets sains, jusqu'à leur mort, à moins, bien entendu, qu'un traitement approprié ou une réaction salutaire de l'organisme ne produise une amélioration passagère ou durable les diabétiques voient leur force de résistance diminuer peu à peu ; il est donc un moment où ils sont à la merci des agents infectieux, où leurs tissus, s'ils peuvent encore vivre, ne peuvent plus lutter, ni se régénérer ; ce moment qu'il est de la plus haute importance pour le chirurgien de pouvoir reconnaître, nous avons un moyen clinique très simple et très fidèle de l'apprécier, la disparition des réflexes normaux, et en particulier du réflexe rotulien, le plus facile à rechercher.

Tant que le diabétique ne sera pas à cette phase de sa vie, on pourra donc l'opérer ; comme malgré tout, il court toujours un peu plus de risques que d'autres, on s'abstiendra chez lui de toute opération de complaisance, s'en tenant à celles de première nécessité.

On opérera le plus aseptiquement possible en ne donnant à accomplir à ses tissus qu'un seul travail, celui de cicatrisation des plaies, en leur évitant toute attaque des agents infectieux, tout surcroît de travail, pas consécutif. On attendra, et on traitera la maladie générale, si les réflexes abolis montrent que la défaite est certaine.

On évitera l'emploi des antiseptiques, particulièrement de ceux qui sont caustiques, pour ne pas diminuer la force de résistance cellulaire.

Dans tous les cas d'affections septiques, on s'inspirera des mêmes principes, en se basant toujours sur l'état des réflexes ; certaines interventions seront toujours nécessaires, les ouvertures de phlegmon, par exemple ; mais autant que possible, le bistouri sera délaissé, et on se contentera d'un traitement non sanglant, dont les compresses humides, les pulvérisations d'eau bouillie ou d'antiseptiques très faibles seront la base ; l'observation montre en effet que toute irritation précipite le sphacèle des tissus, et que les plaies de ces malades se comportent d'autant mieux qu'on les irrite moins. Puis, si nous sommes en mesure d'apprécier le moment où la nutrition est devenue insuffisante, rien ne nous indique si cette heure n'est pas près de sonner.

C'est la gangrène, l'élimination des lambeaux musculaires ou cutanés que l'on devra chercher à éviter, en limitant l'infection, en traumatisant juste autant qu'il faut, pour qu'elle ne se propage pas ; c'est le travail de régénération que l'on devra protéger en évitant toute irritation intempestive aux cellules, par les antiseptiques et par les traumatismes chirurgicaux.

(Le concours médical.)

Fractures du calcaneum par écrasement

Les fractures du calcaneum par écrasement sont plus fréquentes que celles par arrachement, dit M. le Dr Abel Gauthier, de Vitteaux (Côte-d'Or), dans sa thèse inaugurale. Les causes de ces fractures sont les suivantes : chutes d'un lieu élevé, choc d'un corps lourd ou d'un projectile de guerre, tout traumatisme produisant un tassement en général.

C'est enfin encore dans les fractures par écrasement qu'il nous faut placer la fracture par pression latérale de dehors en dedans ou réciproquement.

Les lésions sont : 1° l'éclatement de la petite apophyse ; 2° l'écrasement de la grande apophyse avec fêlures de la grande facette articulaire ; 3° le broiement total de l'os.

Les symptômes de ces lésions sont les mêmes que dans toutes les fractures ;

Parmi les commémoratifs, nous devons signaler la chute sur les talons et le craquement entendu quelquefois par le blessé.

La douleur est vive dans tout le talon : elle est exaspérée aux points où l'action a été la plus forte et met le malade dans l'impossibilité de se tenir en équilibre sur le membre blessé. Elle ne l'empêche d'ailleurs pas de marcher en boitant et beaucoup de malades viennent trouver le médecin à pied.

A la pression, la douleur est exagérée et persiste même après que les douleurs primitives ont disparu. Elle s'irradie dans les malléoles et le mollet, longtemps encore après l'accident, constituant une véritable gêne, ayant duré neuf mois dans un cas de Balienghein.

La crépitation est peu sensible, s'il ne s'agit que d'une simple fêlure ; quant à la mobilité anormale, elle est rarement observée.

La tuméfaction est considérable ; le talon est globuleux et dépressible ; l'enflure gagne également les régions plantaire et dorsale du pied, ainsi que la racine du mollet.

L'ecchymose paraît au bout de deux jours environ, elle reste limitée au dessous des malléoles, et paraît en général tardivement (Rieffel).

Pour bien se rendre compte des déformations, il faut placer le malade à genoux sur une chaise ; nous constaterons alors l'aspect sphéroïdal du talon, l'effacement de la voûte plantaire, l'élargissement du talon sensible au compas d'épaisseur. Le tendon d'Achille est relâché.

Le pied est le plus souvent déjeté en dehors ; le pied dévié en varus de Tillaux est exceptionnel. La parésie des muscles flectisseurs, dont l'insertion est intéressée, amène la demi-flexion des orteils. La palpation permet parfois de sentir les esquilles ; le raccourcissement ou l'allongement du talon sont des signes peu constants. Dans les fractures par traumatismes latéraux, les signes précédents font défaut : le talon est aplati bilatéralement et l'on remarque de nombreuses écorchures ou plaies sur les téguments. Au point de vue du diagnostic, il faut penser à une fracture du calcaneum par écrasement toutes les fois que l'on trouvera, chez un malade ayant fait une chute sur les pieds, les signes suivants : effacement des méplats, élargissement de la partie antérieure de l'os, disparition de la voûte plantaire, relâchement du tendon d'Achille.

Suivant les conseils de Lucas-Championnière, nous effleurons d'abord les téguments pour calmer les douleurs, puis, par le massage, puis rechercherons les fêlures, esquilles, etc.

Quant au diagnostic différentiel, il nous faudra le faire :

1° Avec la contusion ; — mais nous n'aurons ici ni abaissement de la voûte plantaire, ni élargissement de l'os, et un massage explorateur confirmera notre diagnostic,

2° Avec l'entorse tibio-tarsienne ; — la recherche des points douloureux suffira pour nous renseigner.

3° Avec la fracture bi-malléolaire : — l'ecchymose est ici au-dessus de la malléole et forme une sorte de bracelet autour de la cheville ; le siège de la douleur est bien net.

4° Avec la fracture de l'astragale ; — le bord interne du pied est raccourci ; le pied est en varus et la douleur a un siège plus élevé.

Enfin nous nous aiderons, dans la recherche du diagnostic, des renseignements qui nous seront fournis par la radiographie.

Le traitement de la fracture du calcaneum par écrasement consiste dans l'immobilisation du membre et le massage combinés.

On ne réduira pas la fracture sitôt après l'accident et il faudra attendre que les symptômes aigus aient diminué d'intensité, on ne risquera pas alors de faire une cassure plus grande que celle occasionnée par l'accident, et on évitera de la douleur au malade, en même temps que le danger d'ostéite : de plus on évitera le spasme musculaire, qui rendrait la réduction difficile à moins de placer le pied en équinisme. Enfin le gonflement moins grand rend les manœuvres plus faciles. Cette réduction se fera donc le 3^e ou 5^e jour.

On commencera par des frictions douces pour alléger la douleur ; dans un deuxième temps, on fera des frictions plus fortes qui permettront en outre d'éclaircir le diagnostic. Enfin le troisième temps consiste en un pétrissage du talon. On associera à ces manœuvres la mobilisation du cou-de-pied.

On appliquera alors soit un bandage, soit un appareil amovible, et au bout de quelques jours on répétera la réduction ; mais cette réduction ne devra pas être répétée trop souvent, car elle amènerait de l'ostéite.

Puis on fera des frictions tous les jours en faisant marcher modérément le malade pour donner au membre une bonne nutrition. Plus tard enfin, on placera des tampons latéraux dans l'intérieur des chaussettes.

Quelques auteurs enfin prescrivent une émission sanguine avant la réduction.

(Le concours médical.)

DERMATOLOGIE

Le traitement externe de l'acne vulgaire

par M. LEREDDE.

L'acné vulgaire est une affection microbienne de la peau, c'est-à-dire que les lésions par lesquelles elle se révèle sont dues à la prolifération locale de micro-organismes, soit dans les utricules pileux, et plus ou moins profondément dans les follicules et les glandes sébacées, soit surtout autour de ces follicules et de ces

glandes. Cette définition préliminaire permet de comprendre le rôle de la thérapeutique locale : quelles que soient les conditions générales de l'acné, — l'état de nutrition souvent anormal des acnéiques, qui se révèle par le refroidissement habituel des extrémités, — le rôle étiologique des troubles gastro-intestinaux de la fermentation digestive qui est constante (A. Robin et Leredde), les lésions de la peau pourront disparaître par un traitement externe bien fait et ne pas reparaitre, au moins sous une forme gênante, à la condition d'une hygiène locale rigoureuse ; celle-ci devra être continuée tant que, grâce à la persistance des troubles digestifs, de l'état anormal de la nutrition générale, des parasites tendront à proliférer et à provoquer des réactions de la peau.

Il est admis aujourd'hui que l'acné vulgaire se développe comme complication d'un état séborrhéique c'est-à-dire sur la peau imprégnée d'une quantité exagérée de matières grasses formées par les glandes sébacées. La séborrhée elle-même est liée dans son origine, sans le moindre doute, à des conditions générales mais, suivant Sabouraud, l'élément matériel qui la caractérise, le flux graisseux superficiel, résulte de la germination surabondante d'un microbacille dans les lamelles cornées qui forment en s'accumulant un véritable cocon : l'hypertrophie des glandes sébacées en serait la conséquence.

Quoi qu'il en soit, le traitement préventif de l'acné est un traitement antiséborrhéique. Ce traitement devra être encore poursuivi après guérison de l'acné elle-même, l'état séborrhéique pouvant être largement atténué par le traitement local, mais étant, au sens strict, incurable par les moyens externes.

Sur le fond séborrhéique, on constate les lésions de l'acné vulgaire qui se présente sous deux formes : l'une *ponctuée*, caractérisée par la présence de *comédons* et d'une *hyperkératose* diffuse ; l'autre *inflammatoire*, où paraissent en outre des nodules de volume variable, évoluant plus ou moins rapidement, en totalité ou en partie, en surface ou en profondeur, vers la suppuration et qui ont pour centre les appareils pilo-sébacés. Les pustules, les croûtes qu'on observe à la surface de la peau sont le résultat de cette évolution, qui paraît terminée dans ses détails et dans ses variétés par les qualités du tégument propre à chaque malade ; elles peuvent d'autre part être engendrées par des infections secondaires.

Tels sont les éléments anatomo-clinique que le traitement devra modifier. Nous étudierons d'abord celui-ci d'une manière générale, sans tenir compte des réactions particulières de la peau, qui varient suivant chaque malade et constituent une des grandes difficultés du traitement des acnés, parce que parfois elles interdisent des applications trop actives, beaucoup plus souvent parce qu'elles font craindre au médecin peu habitué à manier le traitement dermatologique

d'une manière active, l'emploi des seuls agents et des doses suffisantes qui permettent de modifier le tégument et de guérir le malade. A la fin de ce travail, nous dirons en quelques mots comment on doit régler le traitement d'après la sensibilité individuelle aux agents chimiques.

Nous nous occuperons d'abord du traitement de l'acné de la face, le plus difficile et le plus important ; il sera facile ensuite de comprendre les règles du traitement de l'acné du tronc.

Dans les cas les plus légers, et surtout chez les jeunes filles et les jeunes femmes, les moyens les plus simples peuvent suffire à améliorer l'acné, dans tous ses éléments, d'une manière considérable. L'eau chaude est souvent utile chez les acnéiques, peut-être parce qu'elle facilite le nettoyage des graisses accumulées à la surface de la peau, peut-être parce qu'elle excite une circulation souvent ralentie, peut-être pour les deux raisons. On lavera la figure le matin et le soir avec de l'ouate hydrophile, et de l'eau aussi chaude qu'elle peut la supporter. Mais presque toujours, il faut compliquer un peu plus le traitement local. On peut recommander les lotions boratées ou bicarbonatées chaudes (3 p. 100 en moyenne) répétées le matin et le soir, les lotions alcooliques additionnées d'acide salicylique (2-4 p. 100,) de résoltiens (2 p. 100), ou même de sublimé ou de cyanure de mercure.

Eau de Cologne ou alcool	
à 90 degrés.....	1000 grammes.
Sublimé.....	1à2 —

Après ces lotions, il sera utile de graisser très légèrement la peau avec une crème telle que la suivante :

Lanoline anhydre.....	10 grammes.
Eau.....	20 —
Eau de roses.....	5 —

Recommandons encore les badigeonnages avec une solution d'ichtyol, aqueuse (5-10 p. 100) ou hydroalcoolique (ces badigeonnages devront être précédés d'un dégraissage superficiel par l'alcool!).

Tous ces moyens peuvent être employés chez les acnéiques sans inconvénients. Si la peau est très mince et se dessèche d'une manière exagérée sous leur influence, il est absolument nécessaire de la graisser à l'axonge fraîche, au coldcream frais à la suite des lotions et des badigeonnages. L'emploi des savons médicamenteux, savon salicylé, savon à l'ichtyol, savon au naphthol, est déjà plus dangereux ; souvent ils ne suffisent pas à modifier la peau, parfois ils l'irritent par la persistance de produits alcalins dans la peau et leur action sur les cellules cornées.

Tous les procédés que nous venons d'indiquer sont extrêmement pratiques ; on peut les utiliser pendant quelque temps au début de l'acné, sauf à aug-

menter l'intensité du traitement s'ils ne suffisent pas. On prescrira d'autre part une hygiène régulière, une alimentation dans laquelle on interdira tous les aliments gras, irritants, et où on réduira la quantité des féculents, surtout du pain ; on recommandera des exercices physiques quotidiens, en plein air, et même, comme j'ai pris l'habitude de le faire chez les acnéiques, à moins d'impossibilité formelle, l'aération continue. Dans ces conditions l'état acnéique pourra ne pas se développer d'une manière gênante pendant les premières années de la puberté, époque habituelle de son apparition, et s'atténuera comme il le fait d'une manière normale avec les progrès de l'âge.

S'il en est autrement, le traitement externe devra être plus rigoureux et fait d'une manière méthodique. Nous étudierons successivement le traitement de la séborrhée grasse, de l'acné ponctuée et de l'acné inflammatoire.

Traitement de la séborrhée grasse. — La séborrhée grasse peut être traitée par une série de réducteurs, en première ligne le soufre, puis les sulfureux, les mercuriaux, l'ichtyol. On peut également employer la médication kératolytique enfin on peut combiner l'emploi des kératolytiques à celui des réducteurs.

Ceux-ci peuvent être considérés comme ayant une action antiseptique si l'on admet que la séborrhée grasse est une affection microbienne.

Traitement par le soufre précipité. — Le soufre précipité est un agent souvent indispensable du traitement antiacnéique, difficile à manier. Il est peu irritant sous forme de pâtes soufrées, plus irritant sous forme de lotions, dangereux sous forme de pommades.

Avant d'appliquer des préparations contenant du soufre, la peau peut être dégraissée, de manière à faciliter la pénétration de cet agent. Ce dégraissage peut se faire par l'alcool, l'éther, la liqueur d'Hofmann, l'acétone, la benzine, les alcalins forts, par exemple la solution suivante :

Soude caustique.....	1 gramme.
Eau.....	300 à 500 —

les savons (rappelons que l'abus de savons peut être nuisible chez les acnéiques).

Tous ces agents, destinés à dégraisser la peau, rendent l'effet du soufre plus énergique, mais rendent aussi la peau plus irritable.

Pâtes soufrées. — J'ai employé fréquemment la pâte soufrée suivante :

Axonge benzoïnée.....	28 grammes.
Oxyde de zinc.....	4 —
Ceyssatite.....	2 —
Soufre précipité.....	6 —

(Unna.)

elle n'amène pas, sauf exception, d'irritation de la peau.

Une pâte telle que suivante (Besnier) est cependant susceptible de provoquer des réactions sur des peaux de sensibilité modérée, grâce à la quantité élevée de soufre qu'elle contient ; on ne l'appliquera qu'une heure sur la figure.

Huile d'amandes douces.....	} aa
Soufre précipité.....	

Lotions soufrées. — Les lotions soufrées ont pour formule moyenne :

Soufre précipité.....	5-15
Alcool à 90 degrés.....	25-100
Eau.....	50-150

Peu importe du reste la formule exacte, car il s'agit de déposer par dessiccation une couche légère et régulière de soufre à la surface de la peau.

On aura soin de graisser le bord des paupières avec un peu de vaseline pour éviter l'action irritante du soufre sur les yeux.

On peut ajouter aux lotions soufrées avec quelque avantage de l'alcool camphré au lieu d'alcool à 90 degrés, 10 p. 100 de glycérine qui facilite l'adhérence du soufre à la peau, ou de mucilage de gomme 10-20 p. 100 (Veiel), 10 p. 100 de carbonate de potasse ou de soude que facilite la pénétration.

On appliquera avec un pinceau, après ou sans dégraissage préalable, la lotion sur les régions séborrhéiques. Le matin on nettoiera à l'eau tiède, ou à l'eau légèrement alcaline.

Il est utile à mon avis de graisser légèrement la peau, de manière à prévenir les effets irritants du soufre, soit avec un peu d'axonge, soit avec un peu de la pommade :

Lanoline.....	} aa
Vaseline ...	

soit avec une crème.

Pommades soufrées. — La pommade soufrée la plus simple :

Soufre précipité.....	2-5 grammes,
Vaseline.....	100 —

est une préparation dangereuse ; on doit y ajouter une quantité d'oxyde de zinc pour en diminuer l'action irritante. L'action est également moins nocive sous forme de crème :

Lanoline.....	10 grammes.
Eau.....	15 —
Oxyde de zinc.....	5 —
Soufre précipité.....	1-3 —

(A suivre)

Thérapeutique et Matière Médicale

Les Intoxications par la cocaïne

(E. BOUR.)

Reclus dit avec raison qu'il ne faut pas que le malade soit à jeun : " Il doit, au cours de l'opération, prendre quelques gorgées de café ou de liqueur : pour éviter la syncope, il sera couché et le décubitus horizontal sera maintenu deux ou trois heures après l'intervention : la solution sera fraîche et préparée depuis deux ou trois jours au plus : son titre invariable sera de 1 p. 100 : les doses habituelles de cinq à dix centigrammes." Les badigeonnages, les applications locales sur les muqueuses absorbent très vite et parce que, par ces procédés, il est difficile de se rendre compte de la quantité d'alcaloïde que l'on utilise.

Les applications locales de cocaïne dans l'arèbre sont l'origine des fréquentes intoxications, et, sur neuf cas rapportés par M. Bour, la moitié se termina par la mort. Cette gravité tient aux quantités de liquide qu'il fait pour obtenir l'anesthésie de tout le canal et d'une partie de la vessie : la muqueuse, de plus, n'est pas toujours saine, la région est très vasculaire, et les bulbes caverneux, qui se chargent d'une diffusion rapide de la cocaïne, constituent un voisinage dangereux.

Sur soixante neuf (dont quinze cas par rachis cocaïnisation) relevés par l'auteur, il reste dix cas mortels ; deux par injection, cinq par applications locales, une seule par injection intradermique. Mais, en aucune façon, dans aucun de ces cas, la technique ne s'est montrée en défaut. Les doses ont agi de la façon la plus variable, et il faut reconnaître, une fois de plus, combien dans l'étude de l'empoisonnement, les susceptibilités individuelles doivent entrer en ligne de compte. Une autre cause doit intervenir, c'est la question de l'organe ou du tissu qui reçoit la cocaïne. L'estomac à jeun absorbe plus vite, car la solution ingérée ne peut, se diluer et se perdre en quelque sorte au milieu de la masse alimentaire pendant la digestion. De même, une muqueuse très vascularisée est plus dangereuse. Enfin, la question de l'attitude pendant l'anesthésie, pendant et après l'opération est des plus importantes, car la vasoconstriction rétentit surtout sur l'encéphale : les symptômes observés en cas d'accidents traduisent tous la vasoconstriction encéphalique. La peur, comme l'a démontré Mosso, déterminant toujours une vasoconstriction généralisée, il est logique d'admettre, les accidents se produisant le plus souvent chez des névropathes, que ces deux éléments, l'intoxication et la peur, s'associent pour déterminer la vasoconstriction encéphalique et par suite la syncope.

La symptomatologie de ces accidents est simple : la mydriase, la tachycardie, les fourmillements dans les membres, l'état vertigineux, la tendance aux syncopes,

la caractérisent suffisamment. Quant au traitement, il consiste d'abord à coucher le malade s'il ne l'est pas, à donner ensuite un vaso-dilatateur énergique tel que le nitrile d'amyle, à favoriser enfin, par les méthodes habituelles (frictions sur le corps, diurétiques), l'élimination du poison. Enfin on peut pratiquer des injections d'éther ou de sérum.

(J. de méd. de Paris).

Le sérum de Trunecek

M. Léopold Lévi consacre dans la *Presse médicale* une étude au sérum de Trunecek, dont on a beaucoup parlé récemment à propos de la maladie d'un souverain.

Ce sérum est ainsi formulé :

Sulfate de soude.....	0 gr. 54
Chlorure de sodium.....	4 gr. 92
Phosphate de soude.....	0 gr. 15
Carbonate de soude.....	0 gr. 21
Sulfate de potasse.....	0 gr. 40
Eau distillée, q. s. pour.....	100 gr.

Il représente, mais en solution dix fois plus concentrée, un mélange de tous les sels alcalins qui constituent normalement la partie inorganique du sérum sanguin et dans leurs proportions respectives.

(La stérilisation à l'autoclave demande des précautions, car il peut se produire des précipités cristallins et l'injection devient alors douloureuse, ou est le point de départ d'une petite induration. Le mieux est de stériliser sur bougie de porcelaine.

Trunecek injecte 1 cc. de la solution; puis il recommence les injections tous les quatre ou sept jours, en augmentant de 0 cc. 1 à 0 cc. 5.

Parfois, il a fait des injections tous les jours et a poussé jusqu'à 5 cc. et même 7 cc.

L. Lévi commence généralement par 2 cc., puis augmente de 1 cc. tous les deux jours et se tient alors à 5 cc. La solution doit être poussée lentement.

A l'exemple de M. Marmessi, il a également utilisé ce sérum en lavements jusqu'à la dose de 35 cc.

Habituellement, il pratique dix injections, puis continue le traitement par des lavements, quitte à revenir plus tard aux injections.

Le sérum de Trunecek est applicable à la sclérose des gros vaisseaux, à la sclérose du cœur, à la cachexie artérielle. Il trouve son indication dans l'artério-sclérose cérébrale, dans le rhumatisme chronique.

La dyspnée nocturne est très rapidement calmée par les injections ; à cet égard, M. L. Lévi mentionne des observations tout à fait significatives.

L'état général s'améliore également dans un grand nombre de cas : le sommeil, l'appétit, renaissent, les forces reviennent.

On note également dans l'artério-sclérose cérébrale

la disparition des phénomènes sensitifs (paresthésie fourmillements et engourdissements), des phénomènes de myopragie cérébrale.

Le sérum n'agit pas seulement sur des phénomènes localisés ; il influence heureusement des symptômes plus diffus : vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles, céphalée, troubles de la mémoire.

Par contre, s'il existe tous les signes d'un foyer destructeur, la médication n'amènera aucune modification. (*Rev. internat. méd. et chir.*)

Enfin, le sérum paraît avoir une application formelle et efficace dans l'otite scléreuse : disparition des bourdonnements d'oreilles, suppression de l'état de mal vertigineux, amélioration de l'acuité auditive.

Le sérum de Truneeck doit incontestablement son efficacité à son action hypotensive. Il en résulte des modifications dans la circulation générale et dans les circulations locales qui permettent de comprendre les améliorations observées, en ce qui concerne le cerveau, par exemple, et les oreilles. Outre l'action hypotensive, le sérum exerce peut-être une action sur la crase sanguine, ce qui permettrait de comprendre son efficacité dans le rhumatisme chronique.

Dans les formes neurasthénoides de l'artério-sclérose avec hypertension artérielle, le sérum donne des résultats remarquables : Les maux de tête, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, la faiblesse générale, les troubles de la mémoire disparaissent.

Il trouve aussi son emploi dans certaines congestions locales : la céphalée congestive cesse sous son influence et la rétention des prostatiques peut disparaître à la suite de quelques injections.

(*Le concours Médical*)

A propos des injections sous-cutanées de strychnine par le Dr ALBERT SALIVAS

La strychnine qui joue un si grand rôle en Dosimétrie, a été pendant fort longtemps en quelque sorte délaissée par l'Ecole officielle. C'est ainsi que Bouchardat et Dujardin-Baumetz se contentent de la mentionner comme "médicament tétanique employé contre les paralysies ne dépendant pas de lésions organiques et pour exciter l'estomac."

Je relève pourtant, à son sujet, dans le numéro de février dernier du *Mouvement thérapeutique et médical*, l'information suivante :

Le Dr Fernet a rappelé, dans une très concise communication à l'Académie de Médecine, "l'excellent effet que produit l'administration de la strychnine contre l'alcoolisme aigu et chronique.

"Ainsi, dit-il, la strychnine à une efficacité remarquable contre le *delirium tremens* d'origine alcoolique ; dans cette maladie, où il faut agir, il convient d'adminis-

nistrer la strychnine à doses assez élevées, soit trois à six ou sept milligrammes par jour, en injections sous-cutanées.

"Quelques manifestations nerveuses de l'alcoolisme chronique sont aussi justiciables de la strychnine ; ici, l'usage devant être prolongé, les doses seront moindres, et l'administration du remède sous forme de sirop pourra être préférée.

"L'emploi de la strychnine sera encore très souvent indiqué pour combattre l'adynamie, notamment dans les maladies toxi-infectieuses : les injections sous-cutanées auront l'avantage d'agir vite et de respecter les voies digestives."

Cette information m'a suggéré diverses réflexions que je crois de nature à mettre les choses au point, tant en ce qui touche à l'opportunité de l'administration de la strychnine qu'en ce qui regarde le moyen de s'en servir.

Je rappelle d'abord en quelques mots les notions indispensables concernant cet agent et la place à part que lui font les dosimètres dans leur pharmacologie.

Comme nous le savons tous, la strychnine est le principe le plus actif de la *noix vomique* ou semence du *strychnos nux vomica* de la famille des *Loganiacées*. A petites doses, elle ne modifie pas la sensibilité, mais elle augmente le pouvoir réflexe de la moelle épinière, d'où la contraction des muscles lisses, l'activité plus grande des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin, la facilité de la digestion, de la défécation, de la miction et des érections, ainsi que l'élévation de la température : à doses un peu plus fortes, elle amène de l'hyperesthésie tactile et sensorielle, et des contractions de la mâchoire et de la nuque : enfin, à doses toxiques, elle cause des convulsions accompagnées de douleurs fréquentes, de l'opisthotonos, l'asphyxie et la mort.

Donnée à petites doses répétées à intervalles plus ou moins rapprochés jusqu'à effet, la strychnine est un incitant vital hors de pair, qui s'impose en quelque sorte dans tous les cas quels qu'ils soient. Comme le disait Burggrave, la strychnine doit être le *cheval de bataille* du médecin.

"Il n'est peut-être pas une seule maladie, soit aiguë, soit chronique, fait observer le Dr Trousseau, où il ne soit indiqué, à un moment quelconque, d'administrer la strychnine, soit pour relever la vitalité, soit pour exciter l'appétit, soit pour exciter le muscle cardiaque, soit pour combattre une paralysie, soit enfin pour appuyer l'action d'une ou de plusieurs substances médicamenteuses dont elle double l'énergie et dont elle facilite singulièrement la tolérance."

Les dosimètres ont donc recours à la strychnine dans l'immense majorité des affections qu'ils doivent soigner ; seulement ils n'en usent jamais sous forme d'injections sous-cutanées, et ils invoquent pour cela des raisons décisives, les unes d'ordre général et les autres propres à la strychnine,

Aux premières, se rattachent les considérations que voici :

Les alcaloïdes et les substances actives injectées ont une action rapide, mais très brutale. Ils présentent, en outre, le grand désavantage de déterminer parfois des accidents locaux. Enfin, dans la pratique, on ne saurait répéter les injections comme on répète l'administration des doses par l'estomac. Pour ces diverses raisons, on n'utilise pas la méthode hypodermique pour faire de l'alcaloïdothérapie dosimétrique.

Les considérations propres à la strychnine qui nous font rejeter les injections sous-cutanées de cet alcaloïde, se tirent de ce que les accidents locaux sont plus fréquents et plus accentués avec la strychnine agissant, à doses massives, d'une façon extrêmement rapide et brutale, il est encore moins possible, avec les injections sous-cutanées, d'en surveiller les effets et de s'arrêter quand apparaissent les signes d'intoxication : chaleur du visage, picotements dans les doigts ou les orteils, hyperesthésie auditive.

(à suivre)

Les succédanés du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie

M. Huchard a donné récemment d'intéressants renseignements sur les substances suivantes qui peuvent, d'après lui, être substituées au bromure lorsque celui-ci est mal toléré. Ce sont d'après la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* :

1. Borate de soude. Mairet (de Montpellier) recommande d'employer le borax à l'état de pureté, car il est souvent falsifié avec l'alun, le sulfate de soude, le chlorure de sodium, le borate de chaux ou de magnésie. Ce médicament, insoluble dans l'alcool, est soluble dans un peu plus de 20 parties d'eau froide et soluble dans son propre poids de glycérine. Malheureusement, il produit parfois des troubles digestifs (salivation, anorexie, vomissements, diarrhée), des éruptions (papuleuses, eczémateuses, scarlatiniformes, rubéoliques et furonculées), de l'amaigrissement et de la conjunctivite. Aussi doit-on recommander une bonne et reconstituante alimentation, du bismuth contre la diarrhée. Il a l'avantage de ne pas atteindre l'intelligence, comme les bromures. Pour dissimuler son goût désagréable, voici une formule de Mairet :

Borate de soude.....	10 grammes.
Glycérine.....	5 —
Sirop d'écor. d'oranges amères....	30 —
Julep.....	90 —

Règle générale (d'après Mairet) : Le borate de soude réussit mieux dans les épilepsies symptomatiques ; le bromure de potassium réussit mieux dans l'épilepsie névrose. Mais, dans ce dernier cas encore, il ne faut employer le borax que lorsque le bromure a échoué.

A quelle dose et comment employer le borate de soude ?

On commence par 0 gr. 50 à 1 gramme, en augmentant progressivement tous les jours jusqu'à 5, 6, 8 et même 10 grammes, dose maxima qu'il ne faut pas le plus souvent dépasser. Si ces dernières doses (8 à 10 grammes) ne donnent pas de résultat, on doit y renoncer.

Dès que l'effet est produit, c'est-à-dire quand les crises ont disparu, on peut alors diminuer la dose jusqu'à 4 grammes, mais en se rappelant bien qu'au dessous de 3 et de 2 grammes, la dose est insuffisante. Si alors de nouveaux accès se produisent, il faut revenir promptement à 8 ou 10 grammes. Le médicament doit être prescrit loin des repas en raison de son action sur le tube digestif (le matin au lever et le soir au coucher).

Le Dr Huchard a employé ce traitement sur plusieurs malades de son service et il en a obtenu quelques bons effets. Mais il recommande de ne pas oublier qu'aux doses utiles le borate de soude détermine assez souvent l'intolérance gastrique.

2. Picrotoxine. C'est le principe actif de la coque du Levant (*Menispermum* ou *Cinnamita Cocculus*. Planat (1875), a démontré son action anticonvulsante sur le système nerveux. La coque du Levant peut être employée sous forme de teinture obtenue de la façon suivante :

Coque du Levant pulvérisée....	200 grammes.
Alcool rectifié.....	1000 —

Faites macérer pendant trois semaines et filtrez.

Prendre pour commencer II gouttes de cette teinture avant les repas ; augmenter chaque jour cette dose d'une goutte jusqu'à ce qu'on arrive à XX ou XXX gouttes.

Hamboursin l'administre à plus forte dose : il donne X gouttes matin et soir en augmentant de II gouttes par jour jusqu'à LX gouttes, puis il fait augmenter de X gouttes par mois jusqu'à la dose de C gouttes, et s'en tient à cette dose si les accès ont disparu, sinon il la porte à CL gouttes. M. Huchard redoute ces doses qui lui paraissent toxiques.

3. Hydrate d'amylène. Ce médicament (alcool pseudo-amylène) se présente sous la forme d'un liquide incolore, d'odeur aromatique, de saveur fraîche comme la menthe, soluble dans l'alcool et faiblement soluble dans l'eau : il n'a aucune action défavorable sur l'estomac et le cœur. Il a été employé la première fois par Wildermuth, qui le recommandait dans l'état de remplacer les bromures. P. Blocq a prescrit ce médicament avec succès dans un cas d'épilepsie jacksonienne aux doses de 3 à 6 grammes, d'après cette formule :

Eau distillée.....	300 grammes.
Hydrate d'amylène.....	20 —

Prendre 2 à 6 cuillerées par jour dans un peu de vin pur.

Ces divers médicaments ont été employés avec succès par M. Huchard, mais il est bien entendu qu'ils demeurent réservés pour le cas où le bromure n'aurait pas été toléré, le bromure restant toujours le meilleur médicament de l'épilepsie. — (*Médecine moderne*).

SYPHILIGRAPHIE

Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques

par M. F. WIDAL

Dans un cas d'hémiplégie syphilitique avec céphalée intense, développée au troisième mois de l'infection, à la suite d'une artérite spécifique, j'ai constaté, dans le liquide céphalo-rachidien, de très nombreux lymphocytes mélangés à un certain nombre de grosses cellules uninucléées et de polynucléaires. Dans deux cas d'hémiplégie avec signe d'Argyll Robertson, MM. Babinski et Nageotte ont noté la lymphocytose.

Il résulte, de ces constatations, que, chez un sujet venant d'être frappé d'hémiplégie, une lymphocytose abondante doit faire immédiatement penser à l'origine syphilitique de cette paralysie. C'est là un renseignement de plus que le cyto-diagnostic peut fournir au clinicien.

Dans un cas de méningite syphilitique de la convexité confirmée à l'autopsie et développée en pleine efflorescence, au cinquième mois de l'infection, nous avons constaté, comme il fallait s'y attendre, une lymphocytose très abondante.

Je n'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien que dans un seul cas où la céphalée syphilitique semblait, à première vue, un symptôme isolé. Chez ce malade, infecté depuis dix ans, la ponction donna issue à un liquide qui s'écoulait en jet. Je n'ai décelé qu'une lymphocytose très discrète; on comptait six ou sept éléments sur certains champs de l'objectif à immersion. En cherchant, la céphalée n'était pas le seul symptôme observé chez ce malade, dont les réflexes rotuliens étaient très exagérés.

Chez deux malades sur quatre, en pleine période de syphilis secondaire, infectés, l'un depuis trois mois, l'autre depuis cinq mois, nous avons constaté récemment une lymphocytose méningée, discrète, mais évidente. Ces deux malades n'avaient jamais présenté ni céphalée, ni aucun symptôme nerveux d'aucune sorte. Le liquide s'écoulait du trocart en jet abondant, témoignant ainsi d'une augmentation de pression dans la cavité arachnoïde-pié-mérienne.

Il est intéressant de noter qu'au début de la période secondaire, alors qu'aucun symptôme nerveux n'est apparent, le virus syphilitique peut créer des réactions méningées légères, décelables seulement par la ponction lombaire, réactions qui, au seuil même de la maladie, nous donnent la démonstration anatomique de la susceptibilité des centres nerveux pour la vérole.

J'ajoute que chez dix-sept sujets atteints de syphilis ancienne et ne présentant ni symptômes spécifiques ni phénomènes nerveux, j'ai trouvé le liquide céphalo-rachidien normal au point de vue cytologique.

On peut donc conclure de ces faits, que chez un sujet arrivé à une période avancée de la syphilis, une lymphocytose méningée, même légère, doit mettre en garde le clinicien et doit l'engager à faire de son malade une étude scrupuleuse qui lui permettra de découvrir, parfois, des symptômes nerveux qui auraient pu passer inaperçus.

A ce sujet, je citerai l'observation d'une malade, actuellement dans mon service, syphilitique depuis quarante ans, chez qui nous avons constaté une lymphocytose discrète analogue à celle que nous venons de décrire. Cette femme, qui ne souffre ni de céphalée, ni de troubles moteurs, ne présente comme symptômes nerveux qu'une exagération des divers réflexes au tendon rotulien, du tendon d'Achille, du poignet, du coude et des masséters. On note, de temps à autre, une légère amorce de trépidation épileptoïde au niveau des membres inférieurs. Ce fait montre tout la sensibilité de la réaction lymphocytaire, qui peut révéler une lésion méningo-myélique dont les symptômes sont réduits au minimum.

(*Gaz. hebd. méd. chir.*)

NOUVELLES.

Société médico-psychologique de Québec

Rapport de la séance du 13 mars 1902 du *Protestant Hospital for the Insane*, Verdun.

Présidence de M. U. A. BELANGER

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre du Président et du Secrétaire Général du XIV Congrès International de Médecine, qui sera tenu à Madrid en avril 1903, invitant notre société à se faire représenter par un délégué. L'invitation est acceptée et référée au Président et au Secrétaire qui sont autorisés à signer les lettres de créance.

Il est résolu à l'unanimité que l'Honorable Turgeon, Secrétaire de la Province, soit nommé Patron de la Société, et que le Secrétaire soit autorisé de communiquer cette nomination à l'Honorable Ministre.

1° Pour faire suite à la nomenclature des maladies mentales, adoptée par la Société à sa dernière session, M. CHAGNON présente un projet d'une série de 27 tableaux pour compléter les statistiques des asiles de la Province. Ce projet est référé à la commission des statistiques.

M. BURGESS donne lecture d'une étude très complète *on the nursing of the Insane*, où l'auteur fait voir à la nurse l'importance du traitement moral, de la diététique et des soins hygiéniques à donner aux aliénés.

3° M. Chagnon lit un travail sur les *Aliénés au Canada* que nous publions dans ce numéro de notre journal.

Le Secrétaire,

E.-P. CHAGNON.

Supplément Littéraire

Rodica et Doodica operées

(Suite)

On sait que l'écoulement du sang d'une plaie de la paroi abdominale dans le péritoine met quelquefois obstacle à la guérison. Aussi notre confrère eut-il le soin de laisser à la partie supérieure de la plaie une compresse stérilisée, en guise de drain, destinée à porter au dehors les liquides qui pourraient suinter de la surface péritonéale.

Les deux enfants parfaitement réveillées, ont été placées dans un lit chaud et transportées dans une chambre chaude et bien aérée,

Les divers temps de l'opération ont été pris par le cinématographe dont l'emploi a été à tort critiqué par des profanes. L'opération pratiquée par le docteur Doyen est une opération rare. On ne trouve pas tous les jours un monstre *xiphopage* dont on sépare ses deux parties unies par une aberration de développement. Nous ne connaissons, jusqu'à ce jour que la séparation des deux parties d'un monstre *xiphopage* faite au Brésil, l'année dernière, par le docteur Chapost-Prévôt. L'un des sujets mourut, l'autre vécut. La deuxième opération est celle que vient d'exécuter, si brillamment, le docteur Doyen. La rareté de ces opérations explique le cinématographe. N'est-il pas intéressant de savoir comment notre collègue a procédé. Mais au point de vue de l'histoire, la reproduction par le cinématographe ne manque pas d'intérêt. Les médecins des siècles futurs ne seront peut-être pas fâchés de savoir comment on opérerait, comment on séparait les *xiphopages* au vingtième siècle.

Doodica pouvait être considérée comme une partie inutile, détériorée, presque décomposée, de Rodica. Cette amputation s'imposait, comme s'impose celle d'un membre gangréné. Il est probable, étant donné les précautions antiseptiques prises, la rapidité de l'opération et l'absence d'hémorragie, que la mieux portante des deux fillettes vivra.

On se souvient de ces deux belles filles, Millie et Christine qui étaient unies, non par un point charnu, mais par la partie postérieure du dos et du bassin. La fusion était telle que certaine fonction était commune aux deux sujets fusionnées. Les frères Siamois ressemblaient beaucoup aux deux fillettes opérées aujourd'hui Nélaton, qui les avait étudiés, n'osa pas les séparer.

Il est curieux de chercher à comprendre le mode de production d'une telle aberration du développement de deux êtres vivants. On peut l'expliquer, mais notre intelligence n'arrive pas à en comprendre les causes. Aussi les bavardages des commères vont-ils leur train lorsqu'un enfant naît avec un arrêt de développement tel qu'un pied-hot, un bec de lièvre, etc. Mais expliquer

la fusion de deux être dans le sein de la femme ou chez une femelle d'animal, la chose est difficile, mêmes pour les profanes qu'ils veulent tout expliquer. On ne peut pas dire ici que la mère a été frappée par la vue, d'un monstre semblable, phénomène extrêmement rare.

L'œuf fécondé, c'est-à-dire imbibé de l'élément fécondant, se développe ; il grossit et son jaune, *vitellus*, se transforme en petits grains isolés, qui deviendront rapidement des cellules, cellules embryonnaires d'où procéderont tous les tissus, tous les organes de l'embryon. Ces cellules se multiplient, elles prolifèrent et elles s'agencent les unes à côté des autres, guidées par une force aussi merveilleuse que mystérieuse, de manière de former les divers organes qui constituent le corps humain.

Règle générale, chez la femme, il n'y a qu'un œuf. Mais il n'en est pas de même chez les femelles des mammifères.

Par anomalie, deux ou plusieurs œufs peuvent être fécondés en même temps les germes se développent parallèlement : il en résulte deux ou plusieurs jumeaux, parfaitement distincts. Les cas tératologiques qui donnent naissance aux *xiphopages* doivent s'expliquer par la fusion des deux germes, fusion plus ou moins complète, d'où résulte l'adhérence plus ou moins étendue de deux embryons.

La fusion peut être plus complète et alors l'un des embryons se développe complètement, tandis que l'autre pénètre en partie dans le premier. Ambroise Paré, le père de la chirurgie française, publia le cas extraordinaire d'un homme qui vivait, à Valence, en 1530, et de la poitrine duquel on voyait sortir le tronc et les jambes de son frère vivant.

La pénétration d'un germe dans l'autre peut-être totale. Velpeau a cité le cas d'un homme porteur d'une tumeur. On constata, après l'opération, qu'il s'agissait d'un enfant dont le développement s'était arrêté.

On extirpe quelquefois, mêmes chez des jeunes vierges, des kystes dermoïdes de l'ovaire. Ces kystes renferment des cheveux, des dents, de petits os, provenant d'un germe inclus, dont certaines cellules se sont seules développées et ont donné naissance à ces produits.

Docteur J.-A. FORT.

L'esclavage à Paris

Une femme achète sous vos yeux, à des parents ignorants et pauvres, une ou deux petites filles contrefaites, qui leur sont nées. Elle les loue ensuite, moyennant une grosse somme d'argent, à une exploitation théâtrale fondée pour étonner les masses. Elle se fait ainsi de fortes rentes, grâce aux difformités extraordinaires des malheureux êtres dont elle a "acquis" la propriété.

Comment qualifiez-vous son acte ?—N'a-t-elle pas, à son profit, rétabli l'antiques esclavage aboli ? Ne

s'est-elle pas faite marchande de chair humaine, et ne mérite-t-elle pas d'être traitée comme jadis on traitait les négriers ?

Est-ce parce que le marché aura été conclu loin de la France qu'il lui sera permis d'en tirer profit, une fois venue chez nous ? N'est-il donc plus vrai, le vieil axiome républicain selon lequel, autrefois, chacun devenait libre en touchant notre sol ?

S'il est encore en vigueur, comment la femme dont je parle, cette Mme Coolman, qui se qualifie de " mère adoptive " des deux jumelles indiennes Radica et Doudica, peut-elle impunément exhiber à Paris l'infirmité de ses deux pupilles prétendues—en réalité, de ses esclaves ?

Et combien sont-ils, dans la troupe de monstres que fait défiler devant nous depuis quelques semaines l'étrange compagnie américaine que vous savez, combien sont-ils de disgraciés de toute sorte qui ne sont engagés ainsi, c'est-à-dire qui, mineurs et incapables, ont été livrés à beaux deniers comptant ?

Que font donc nos gens de loi ? Que, font nos agents de police ? Sont-ils tous occupés à suivre et à surveiller quelque modeste ouvrière en couture assez mal inspirée pour s'arrêter quelquefois devant une boutique de modiste, en rentrant chez elle après son travail ? Le souci de garantir les bonnes mœurs de la rue les absorbe-t-il au point qu'il n'aient plus le temps d'apercevoir cette monstrueuse entorse donnée à la liberté individuelle par des trafiquants d'infirmités, par des managers de musée des horreurs, assez riches pour couvrir tous les rapt et pour amnistier tous les escamotages d'enfant ?

Mais il y a plus et il y a pis :

Un beau jour, la marâtre, bonne commerçante et exploiteuse avisée de la progéniture d'autrui, s'aperçoit que ses deux jeunes pensionnaires sont malades. L'une d'elles au moins est gravement atteinte, et comme elles sont unies par un lien de chair qui forme leur vraie originalité, leur unique attrait, elle entend que si l'on coupe ce trait d'union bizarre et fructueux, il lui en revienne encore quelque chose. Ce sera comme un dédit que lui paiera la science médicale en lui prenant son gagne-pain, comme une indemnité versée à sa fausse maternité par la compassion imbécile des badauds.

Alors, elle cherche un *chirurgien assez habile* pour pratiquer l'opération.

Elle le trouve !

Ce *chirurgien* peut faire enlever Radica et Doudica de l'hôpital où on les a d'abord conduites. Ne serait-ce point pitié, en effet, d'opérer de tels sujets, qui rapportent tant, sur la même table banale où l'on procède aux soins donnés à tout le monde ? Ne leur faut-il pas, à eux, le *cabinet sensationnel du plus illustre des Mangins du bistouri*, la séance à invités où le *Maître* pourra faire les gestes consacrés par la réclame ? Ne leur faut-il pas les reporters avides, groupés derrière la porte, le carnet et

le *crayon aux doigts*, tout prêts à noter les péripéties de la résection ?

A nous la *lumière électrique*, par où seront dénoncés, précisés, accusés les moindres détails du drame silencieux ! A nous le *cinématographe* -- car le *cinématographe* sera de la fête — qui reproduira, pour les Académies des deux mondes et même pour la postérité, les attitudes successives des patientes et des géniales manœuvres de l'*homme au couteau* ?

De la sorte, quand les deux sœurs siamoises — ou indiennes — auront définitivement cessé d'habiter leur tréteau, à la foire merveilleuse où les femmes ont de la barbe et où les géants voisinent avec les nains, il y aura du moins à leur place une *projection photographique* montrant l'étal du boucher en chair humaine, et les mouvements successifs, et la pâleur des fillettes, et les lambeaux recousus, et le réveil enfin des êtres jadis confondus en un seul, désormais séparés, indépendants l'un de l'autre, et vivants !

L'opération sera belle... si elle réussit ; main en attendant, il faut qu'elle rapporte à la marâtre des gros sous et au *chirurgien de la publicité* ! La vie humaine, la liberté, la *dignité de la science*, la civilisation française, les lois de l'hospitalité — rien de tout cela ne compte plus.

Nous sommes à la foire : admettons la logique du lieu. Nous ne sommes plus à Paris ; nous n'avons plus aboli l'esclavage ; nous n'avons plus de cœur, plus de pitié, plus d'entrailles !...

" Barnum for ever ! "

Charles LAURENT.

Les réflexions d'un coupeur d'appendices :
Plus une sauce est poivrée plus elle est relevée.
Plus un pochard est poivré, moins il peut se relever.

Les gens qui ont mauvaise mine sont comme les crayons : ils *marquent mal*.

Un portefeuille de ministre se reçoit avec plaisir ;
pourtant c'est tout chagrin.

Une loge de portier un peu coquette est une sorte
de petit palais des *termes*.

C'est avec les *forêts* que l'on perce le bois.

Les avocats sont comme les garçons de café, on les voit souvent la *serviette* sous le bras.

Tenir quelqu'un à l'*œil*, c'est l'avoir dans le nez.

Les cuisinières, qui, on le sait, se servent de cuillers
en bois, mettent des bâtons dans les *roux*.

Les facteurs de la poste sont des hommes de lettres
travaillant des pieds.

Pour extirper un œil-de-perdrix, les pédicures *preg-*
nent les yeux de la tête.

Les embarras d'argent diffèrent de ceux de voitures
en ce que ce n'est pas l'encombrement qui les cause.

Dr JOYEUX.

Travaux Originaux

LES ALIENES AU CANADA.

par M. le Dr E. P. CHAGNON

Professeur agrégé à l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique de Paris, membre honoraire de la Société de Médecine Mentale de Belgique, membre actif de l'American Medico-Psychological Association.

(Suite)

Si nous comparons ces chiffres à ceux des deux périodes décennales précédentes, 1871-1881, 1891-1901, voici ce que nous remarquons d'après le tableau No. 3.

TABLEAU No. 3 indiquant l'augmentation et la diminution proportionnelles et réelles des aliénés, calculées sur les recensements de 1871, 1881, 1891 et 1901.

	Recensement	Population	Aliénés	Aug. proportionnelle	Aug. réelle	Diminution réelle
Ontario	1871	1,620,851	1366	0,0008		
	1881	1,926,922	2521	0,0013	0,0005	
	1891	2,114,321	3888	0,0018	0,0005	
	1901	2,182,942	5152	0,0023	0,0005	
Québec	1871	1,191,516	788	0,0006		
	1881	1,359,027	1683	0,0012	0,0006	
	1891	1,488,535	2548	0,0017	0,0005	
	1901	1,648,898	2957	0,0018	0,0001	
Nouvelle Ecosse	1891	450,396	(1) 878	0,0019		
	1901	459,574	1,014	0,0022	0,0003	
Nouveau Brunswick	1871	285,594	246	0,0009		
	1881	321,233	312	0,0010	0,0001	
	1891	321,263	466	0,0014	0,0004	
	1901	331,120	547	0,0017	0,0003	

(1) Au 30 septembre 1895. Antérieurement à cette date, l'on ne tenait pas compte dans les rapports officiels du nombre d'aliénés internés dans les Asiles de Comtés. Nous n'avons pu pour cette raison utiliser les statistiques que nous fournit le rapport annuel du *Nova Scotia Hospital* pour la période remontant à 1871.

	Recensement	Population	Aliénés	Aug. proportionnelle	Aug. réelle	Diminution réelle
Manitoba et Nord-Ouest	1881	118,706	(1) 47	0,0004		
	1891	138,127	153	0,0011	0,0007	
	1901	438,925	452	0,0010		0,0001
Colombie anglaise, Yukon	1870	36,247	(2) 16	0,0004		
	1881	49,459	48	0,0010	0,0006	
	1891	98,173	123	0,0013	0,0003	
	1901	204,439	262	0,0013	0,0000	
Ile du Prince Edouard	1871	94,021	(3) 64	0,0007		
	1881	108,891	97	0,0009	0,0002	
	1891	109,078	137	0,0013	0,0004	
	1901	103,259	184	0,0018	0,0005	
Puissance du Canada (4)	1871	3,307,224	2,480	0,0007		
	1881	3,884,238	4,708	0,0012	0,0005	
	1891	4,269,497	7,315	0,0017	0,0005	
	1901	4,909,583	9,622	0,0020	0,0003	

Ontario vient en première ligne avec une augmentation réelle de cinq aliénés par dix mille âmes pour chaque période ; puis Québec, qui, après avoir souffert d'une augmentation réelle dans la première période, 1881-1891, de six par dix mille, puis de cinq par dix mille dans la seconde période 1881-1891, tombe à une augmentation réelle de un aliéné seulement par dix mille âmes de 1891 à 1901 ; ensuite le Nouveau-Brunswick avec une augmentation de un par dix mille de 1871 à 1881, de quatre par dix mille, de 1881 à 1891, et de trois par dix mille de 1891 à 1901. La Colombie Anglaise et le Yukon, après avoir présenté une augmentation de six aliénés par dix mille âmes, de 1871 à 1881, de trois par dix mille de 1881 à 1891, reste stationnaire pour la période décennale, 1891 à 1901 ; le Manitoba et le Nord-Ouest offrent une augmentation de sept aliénés par dix milles âmes, de 1881

(1) Au 31 décembre 1885.

(2) Au 31 décembre 1872.

(3) 31 décembre 1874.

(4) A l'exception de la Nouvelle-Ecosse.

à 1891, et une diminution de un par dix mille, de 1891 à 1901 ; l'île du Prince Edouard une augmentation de deux par dix mille de 1871 à 1881, de quatre par dix mille de 1881 à 1891, et de cinq par dix mille de 1891 à 1901.

Si nous récapitulons, nous avons pour la Puissance du Canada, moins la Nouvelle-Ecosse, une augmentation de cinq aliénés par dix mille âmes pour la période s'étendant de 1871 à 1881 ; une augmentation de cinq par dix mille pour la période 1881 à 1891, et une augmentation de trois par dix mille pour la période de 1891 à 1901, ce qui représenterait une augmentation de treize aliénés par dix mille âmes pour les trois dernière périodes décennales.

Notre étude démontre donc une augmentation réelle de l'aliénation au Canada durant les trois dernières périodes décennales.

Nous n'avons pas à insister sur l'obligation de rechercher la cause de cette augmentation en ce pays. Nous en comprenons toute la nécessité. C'est un problème qui demande, pour être résolu, le concours de tous les médecins qui ont fait une étude spéciale de l'aliénation.

119A, Avenue Laval.

Revue des journaux

MEDECINE

Les troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx

Il peut paraître singulier au premier abord que les affections du nez et du rhino-pharynx puissent avoir un retentissement sur les affections de l'estomac. Cependant, d'assez nombreuses observations recueillies depuis un certain temps montrent que la plupart de ces maladies peuvent être accompagnées de troubles du côté de l'appareil digestif. M. le Dr Fernand Landolt vient de résumer dans sa thèse bon nombre de documents démonstratifs à ce sujet. Il montre que ces troubles digestifs sont dus à la déglutition par le malade des produits de sécrétion pathologique.

Le mucus, le pus ou les croûtes venant des fosses nasales ou du rhino-pharynx, une fois déglutis, provoquent dans l'estomac deux séries distinctes de désordres.

Des *dyspepsies* en neutralisant l'acide chlorhydrique du suc gastrique, entravant ainsi la digestion et

laissant le champ libre aux divers ferments : lactique, butyrique, etc.

Des *gastrites septiques* dues aux micro-organismes pathogènes identiques à ceux qui ont provoqué l'affection nasale ou pharyngienne primitive.

En dehors de ces maladies de l'estomac, il se présente toute une série de cas où le produit de sécrétion purulent et fétide, tout en ne donnant pas une véritable stomacale, entrave cependant sérieusement l'alimentation en provoquant des nausées et des vomissements.

Les affections dans lesquelles on rencontre le plus souvent ces accidents sont le catarrhe nasal chronique, l'ozène, les végétations adénoïdes et aussi les sinusites.

C'est pourquoi, en présence d'un malade qui se plaint de troubles digestifs et présentant en même temps une rhinite ou une rhinopharyngite, antérieurement ou simultanément apparue, il convient avant tout de diriger le traitement de ce côté. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, des troubles gastro-intestinaux secondaires aux localisations rhino-pharyngées des maladies infectieuses générales.

Si le nez et le pharynx sont traités, l'on verra le plus souvent les troubles digestifs rétrocéder parallèlement à l'affection primitive.

(*Journ. de méd. et de chirur. prat*)

Le Trophœdème chronique

D'après le Dr H. MEIGE.

Sous le nom de *trophœdème*, M. Henry Meige a proposé, il y a quatre ans, de grouper un certain nombre d'observations d'œdème chronique blanc, dur, indolore, à répartition segmentaire sur les membres.

Dans les cas qu'il a ainsi réunis, les parties affectées sont considérablement augmentés de volume. La peau qui revêt l'œdème chronique est *blanche*, un peu épaissie, tendue ; elle ne présente ni excoriations, ni marbrures ; on ne peut la pincer entre les doigts ni la faire glisser au-dessus des masses osseuses et musculaires. On parvient difficilement, même par une compression forte et prolongée, à y imprimer le *godet* ou la cupule classique. Il n'existe aucune *douleur* ni spontanée, ni provoquée par les mouvements ou les attouchements.

Le trophœdème a le plus souvent un début insidieux. Du moins dans les premiers cas rassemblés par M. Henry Meige, on ne s'est aperçu de l'œdème des pieds que vers l'âge de la puberté mais dans d'autres faits récemment publiés le début paraît avoir été plus précoce ; peut-être

même s'agit-il dans certains cas d'une affection congénitale. En quelques années, le trophœdème monte jusqu'au genou ou jusqu'à la racine de la cuisse ; il s'arrête alors.

M. Henry Meige a insisté sur la *chronicité* du trophœdème. Une fois développé, il ne subit que des variations légères, il persiste indéfiniment sans apporter dans la vie du malade de troubles bien graves. C'est une difformité ; et c'est à peine une infirmité, car le sujet conserve l'usage de son membre œdématié ; il n'est gêné que par sa lourdeur et son volume. La chronicité est le caractère capital qui fait distinguer rapidement le trophœdème de tous les œdèmes qualifiés de *névropathiques, circonscrits, angio-neurotiques, névro-vasculaires, intermittents, etc.*, affections œdémateuses *transitoires* accompagnées parfois de phénomènes thermiques, de troubles de la sensibilité, de douleurs, de changements de couleur de la peau, et souvent aussi d'autres troubles trophiques cutanés, éruptions, ulcérations, etc.

Il va sans dire qu'il n'existe ici aucune infection locale, aucun parasitisme. Le trophœdème a beaucoup de ressemblance avec l'éléphantiasis de Arabes. Aussi malgré l'absence d'étiologie ou une étiologie toute différente, les observateurs trouvant pour la première fois des cas de ce genre devaient penser à l'éléphantiasis vrai. Cela arriva notamment à MM. Henry Meige et E. Dupré pour une malade qu'ils examinèrent en 1890. L'aspect éléphantiasique du membre inférieur gauche conduisit M. E. Dupré à rechercher dans le sang la *fièvre* de Wucherer. Des piqûres furent répétées à la cuisse et au doigt ; mais dans tous les examens le résultat fut négatif. Aucune cause mécanique ou dycrasique ne pouvait expliquer l'existence de cet œdème, blanc, dur, indolore, localisé au seul membre inférieur gauche, ne s'accompagnant d'aucun trouble sensitif ou moteur.

Quant à l'apparence extérieure du trophœdème, voici la description que M. Henry Meige a donnée dans un cas (dont nous publions plus loin la reproduction photographique) : " Tout le membre inférieur droit, depuis la racine de la cuisse jusqu'aux orteils, est envahi par une enflure volumineuse, défigurant tous les contours. Cuisse, genou, jambe et pied disparaissent, noyés dans une sorte de gangue œdémateuse qui se boursouffle au-dessus des plis cutanés, formant des bourrelets d'apparence éléphantiasique.

" Au pied, la tuméfaction fait bomber la face

dorsale au-dessus des doigts qui, eux-mêmes, sont un peu épaissis. Sur le cou-de-pied la boursouffure est extrême et les téguments distendus retombent en replis gonflés qui masquent les reliefs malléolaires et la corde du tendon d'Achille..... Sur la jambe on chercherait en vain à reconnaître en avant, la crête tibiale et en arrière la saillie des jumeaux. On ne retrouve pas davantage la morphologie du genou dans les bosselures insolides qui dénaturent les reliefs ordinaires de la région. Quant à la cuisse, c'est un énorme cylindre à peu près régulier..... A la racine de la cuisse, nettement l'enflure cesse."

La jambe gauche est au contraire indemne du haut en bas.

Tel n'était pas le cas pour la sœur de la première malade : chez cette seconde trophœdémateuse, l'enflure occupait les deux membres inférieurs.

Ajoutons ici, pour n'avoir pas à y revenir, que dans la famille de ces malades, plusieurs autres personnes étaient atteintes de trophœdème ; le frère (un pied seulement, avec la partie inférieure de la jambe), la mère (pieds et jambes), deux oncles, le grand-père et la grand-mère ; en tout huit personnes.

Le *trophœdème chronique* peut exister comme manifestation *isolée*, frappant un seul sujet dans une famille. Tels sont les cas récents de Vigoureux, Prothon, Rapin, Hertoghe, Mabile.

Dans cette catégorie rentrent aussi les observations publiées antérieurement sous les noms d'*œdème rhumatismal chronique* (Desnos), *pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique* (Mathieu), *œdème segmentaire* (Debove), *myxœdème localisé, éléphantiasis nostras*, etc.

Le trophœdème chronique se présente aussi comme une dystrophie *héréditaire* et *familiale* : l'observation de H. Meige, à laquelle nous venons de faire allusion, en est un exemple typique (8 cas sur 4 générations). A celle-ci se joignent les cas de Milroy (22 dans une même famille sur 5 générations), de Desnos, de Higier, de Lainois (4 cas sur 3 générations). Les caractères de l'œdème sont les mêmes dans ces différents cas, et semblables d'ailleurs à ceux décrits dans les isolés.

On doit admettre également l'existence d'un *trophœdème congénital*, lequel peut être aussi *héréditaire*. Ce sont des observations étiquetées *éléphantiasis congénital*. Nonne en a décrit plusieurs cas. Dans l'un d'eux 7 individus, sur 3 générations,

naquirent avec cette affection portant tantôt sur un membre inférieur, tantôt sur les deux, un des enfants présentait un œdème généralisé et était en outre anencéphale. Tobiesen (de Copenhague) a relaté l'histoire de 4 individus d'une même famille, échelonnés sur 3 générations et ayant présenté à leur connaissance un œdème des membres inférieurs qui ne disparut pas avec l'âge.

En somme, en rapprochant des faits présentant le même aspect clinique, Henry Meige a été amené à concevoir l'existence d'une dystrophie spéciale : le *trophœdème chronique, caractérisé par un œdème chronique blanc, dur, indolore, occupant un ou plusieurs segments de l'un ou des deux membres inférieurs*.

Le trophœdème est parfois un accident isolé, d'autres fois il est héréditaire et familial. Il peut être aussi congénital.

Quelle est la nature de cet affection ? Le terme même de *trophœdème* donne à entendre qu'il s'agit d'un accident dystrophique.

La participation du tissu conjonctif aux troubles trophiques est un fait avéré. On l'observe conjointement avec l'atrophie musculaire, ou avec les déformations osseuses (rétractions fibreuses dans les amyotrophies, épaissements cellulocutanés et surproductions graisseuses dans les myopathies, etc.).

Ainsi les dystrophies conjonctives, musculaire et osseuse sont souvent coexistentes : cependant chacune d'elles peut s'observer isolément. Le processus dystrophique peut n'être que musculaire ; il peut n'être que conjonctif.

La dystrophie musculaire se manifeste généralement sous la forme atrophique, mais on sait qu'elle revêt parfois la forme hypertrophique.

La dystrophie conjonctive semble affecter au contraire de préférence la forme hypertrophique ; elle présente alors l'apparence extérieure d'un œdème : d'où le nom de *trophœdème*.

Quelle est l'origine du trophœdème ? On peut la chercher dans une altération des centres trophiques du tissu cellulaire sous-cutané. Ces centres, bien qu'ils n'aient pu être encore isolés, siègent vraisemblablement dans l'axe gris. La présence de troubles trophiques cellulocutanés dans les affections qui intéressent la colonne vertébrale (la syringomyélie en particulier) plaide en faveur de cette localisation.

D'autre part, Mabilly a signalé tout récemment un cas de trophœdème des deux membres

inférieurs chez une femme de 49 ans, hémiplegique et chercique.

En faveur de la lésion médullaire, M. Rapin a apporté une observation de grand intérêt dans laquelle la dystrophie conjonctive survint à la suite d'une affection fébrile, ce qui lui a permis d'opérer un judicieux rapprochement avec la paralysie infantile (poliomyélite antérieure aiguë).

Les maladies infectieuses ont été d'ailleurs signalées plusieurs fois comme ayant précédé l'apparition du trophœdème : fièvre typhoïde (H. Meige), scarlatine (Launois), variole (Rapin), rougeole (Hertoghe). Vraisemblablement l'infection n'a agi dans les cas de ce genre qu'en vulnérant une moëlle prédisposée. Cas il semble bien que la prédisposition soit nécessaire et quelquefois suffisante : les cas congénitaux et familiaux le démontrent.

Le trophœdème peut se trouver associé à d'autres troubles trophiques, osseux (Vidal) ou musculaires.

Des observations de Hertoghe mettent en évidence la parenté du trophœdème avec d'autres anomalies du tissu cellulaire et cutané (malformations dentaires, troubles trophiques des cheveux, nævi, verrues).

Le trophœdème chronique peut être rapproché, sans perdre pour cela ses caractères diagnostiques, d'autres anomalies du tissu cellulocutané, la *lipomatose*, l'*adipose douloureuse de Dercum*. Il faut aussi rappeler la *sclérodémie*, mode de réaction du tissu cellulocutané diamétralement opposé à celui du trophœdème, mais qui relève, elle aussi, d'une altération des centres trophiques.

Par contre, le trophœdème ne semble pas avoir de rapports avec le myxœdème ni avec l'infantilisme. Dans les cas de trophœdème où il a été essayé, le traitement thyroïdien s'est inefficacitè absolue.

Le trophœdème frappe un membre ou des segments de membre ; cette disposition *segmentaire* est un autre argument en faveur de la localisation médullaire de sa lésion d'origine.

D'après les observations publiées, les membres inférieurs sont atteints de préférence. Le trophœdème occupe un seul pied, les deux pieds, une jambe, les deux jambes, un membre inférieur tout entier ou les deux à la fois. Mais deux observations de Rapin démontrent que les membres supérieurs peuvent être pris ; dans le premier cas, l'hypertrophie était croisée (bras droit et jambe

gauche), dans le deuxième cas, les deux membres supérieurs étaient également atteints.

Il existe aussi un *trophœdème facial*. Dans le dernier cas de Rapin, dont il vient d'être question, une joue ainsi que l'oreille correspondante étaient œdématisées.

Dans un cas de Hertoghe, l'affection était localisée uniquement sur une joue.

Mais ces localisations du trophœdème aux membres supérieurs et à la face sont encore des exceptions. A l'heure actuelle, le nom de trophœdème s'applique surtout à l'hypertrophie œdémateuse telle qu'on la voit frapper avec une préférence digne de remarque les membres inférieurs : *œdème chronique, blanc, dur, indolore, à répartition segmentaire, unilatéral ou bilatéral, isolé ou familial et héréditaire, parfois aussi congénital.*

Cette dystrophie a des caractères communs avec les autres dystrophies ; elle rappelle plus particulièrement la dystrophie musculaire. Le caractère familial se retrouve dans plusieurs cas ; souvent, l'affection suit une marche progressive ; les cas qui débutent à l'époque de la puberté sont à rapprocher des myopathies juvéniles. Enfin, comme la dystrophie musculaire, aucun traitement n'est capable de modifier les progrès de l'affection.

Si l'on admet, comme les faits tendent à le démontrer, que la dystrophie musculaire est commandée par une altération des centres trophiques des muscles, on doit considérer le trophœdème chronique comme la conséquence d'une altération des centres trophiques du tissu cellulaire.

Dans le trophœdème congénital, on incriminera anomalie congénitale des centres trophiques conjonctifs. Pour le trophœdème acquis, il faut admettre une fragilité congénitale de ces mêmes centres qui les rend plus facilement altérables sous l'influence des causes extérieures.

(E. FEINDEL, in *Gaz. heb. méd. et de ch.*)

Pneumothorax consécutif à l'éternuement

Il s'agit, dans cette observation, d'un jeune homme atteint de dyspepsie nerveuse, qui fut pris, après un éternuement violent, de douleurs gastriques insupportables. A l'examen de la région épigastrique, on trouva une tumeur volumineuse, occupant toute la partie supérieure de l'abdomen, et qui, à la percussion, donnait partout un son mat. M. Stiller ne tarda pas à se convaincre que cette tumeur n'était autre que le foie, descendu au dessous de l'ombilic et accessible

à la palpation dans presque toute son étendue. La glande hépatique avait subi une véritable luxation en bas et en dedans, avec torsion en avant autour de son axe transversal. La cause de ce phénomène bizarre ne fut mise en évidence que par l'exploration du thorax, laquelle démontra que toute la moitié droite de la cage thoracique, excessivement dilatée, était complètement sonore à la percussion et restait immobile pendant la respiration. Le cœur se trouvait repoussé à gauche. L'auscultation du côté droit dénotait partout de la respiration amphorique. Il s'agissait d'un pneumothorax tellement accentué, qu'il avait amené l'enfoncement de la voûte du diaphragme avec luxation du foie. Sous l'influence de la morphine, administrée d'abord en injection sous cutanée, puis par la bouche, les douleurs se calmèrent ; le lendemain, la glande hépatique avait à peu près repris sa situation normale, et, au bout de huit jours, toute trace d'épanchement gazeux avait disparu. (*Tribune médicale.*)

CHIRURGIE

Quelques nouvelles observations de plaies perforantes de l'abdomen

par le Dr POLIS

Le Dr Polis rend compte de 6 observations de plaies perforantes de l'abdomen.

OBSERVATION I.— Homme de 44 ans ayant reçu le 26 juillet 1896, à 6 heures du soir, un coup de couteau dans le ventre. Trois heures après il est amené à l'hôpital : état général satisfaisant, la plaie donne passage aux anses de l'intestin grêle ; le tout est entouré de vêtement sordides. Laparotomie après anesmésie, lavage minutieux de la paroi, deux mètres l'intestin environ sont herniés. Plaie pénétrante sur une des anses, suture de la plaie intestinale. Lavage et réduction de la masse herniée. Traitement de plaie pariétale, suture et pansement.

Les jours suivants la guérison se fit progressive et sans incidents et le malade sort tout à fait remis le 7 septembre.

OBS. II.— Homme de 44 ans, ayant reçu un coup de couteau dans la région épigastrique. Entre l'appendice typhoïde et le nombril, plaie de 3 à 4 centimètres. Bon état général.

Désinfection puis laparotomie.

La plaie est perforante : le péritoine pariétal a été atteint. L'estomac et le côlon sont intacts. Suture de la paroi abdominale en trois plans. Guérison en 2 mois, suppuration.

OBS. III.—Homme de 24 ans, attaqué le 14 mars 1897. Entre à l'hôpital le lendemain. Il est très abattu et a perdu beaucoup de sang. Indépendamment de nombreuses plaies, le blessé présente deux plaies perforantes, l'une du thorax, ayant déterminé un pneumothorax, la seconde de la région lombaire droite. Injection de sérum artificiel d'un litre et demi. Anesthésie. Suture des plaies pariétales par un aide. L'examen de la cavité pleurale après débridement montre qu'il y a peu de sang. Drainage et suture de la plaie.

La plaie lombaire agrandie par une incision montre vue le couteau a longé, sans l'entamer, le bord externe du rein pour aller atteindre le péritoine pariétal, sur une étendue de 1 centimètre environ. Tamponnement de la plaie. Au bout d'un mois et demi le malade sort complètement guéri.

OBS. IV.—Homme de 28 ans, atteint au ventre par une latte de machine à raboter le bois longue de 2 mètres environ. Plaie siégeant à 2 centimètres au-dessus arcade crurale gauche, longue de 2 à 3 centimètres. Un lambeau épiploïque sort du milieu de la plaie. Laparotomie, perforation de l'anse aurega. Nettoyage de la cavité. Fermeture de la plaie sans drainage. Guérison en 2 mois.

OBS. V.—Femme de 21 ans, ayant reçu trois coups de revolver. Laparotomie 5 ou 6 heures après. Pas de plaie péritonéale. Guérison complète.

OBS. —Homme de 24 ans, ayant reçu un coup de couteau dans la région sousombilicale. Laparotomie. Guérison.

Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège,
(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Traitement de l'hypertrophie prostatique par l'opération de Bottini

par H. H. MORTON

D'après l'auteur, l'opération de Bottini est le meilleur traitement de l'hypertrophie prostatique. On sait que cette opération consiste à détruire la prostate à l'aide du galvanocautère. Freudenberg (de Berlin) a modifié l'instrument primitif de Bottini, et, tout en conservant le principe, l'a rendu plus simple. L'auteur a appliqué ce procédé dans 5 cas. L'âge des malades était entre 55 et 75 ans. Dans tous les cas la prostate était transformée en une masse épaisse, fibreuse. Le principal symptôme consistait en polyurie à la fois diurne et nocturne. Le résidu urinaire variait de 1 once à

16 onces. Dans aucun cas il n'y avait concomitamment un calcul vésical, un rétrécissement ou quelque autre anomalie locale.

L'opération de Bottini fut faite avec les trois lames habituelles : la postérieure, longue de 3 centimètres, la lame latérale et l'antérieure longue de 2 centimètres.

La cocaïne fut le seul anesthésique employé.

Dans tous les cas, le résultat de l'opération fut une diminution dans la fréquence des mictions et dans le volume de la glande, au point que les malades purent vider d'eux-mêmes complètement leur vessie. La preuve en fut donnée chaque fois par le cathétérisme pratiqué après la miction.

(*Medical record.*)

GYNECOLOGIE

Traitement d'urgence des hémorrhagies utérines non puerperales

L. LUCAS et F. POTEI.

1° Deux bons procédés sont d'abord à essayer : l'irrigation d'eau très chaude, le tamponnement du vagin.

a) Pour pratiquer les irrigations d'eau très chaude, mettez la malade dans le décubitus horizontal en travers du lit, le siège débordant un peu le matelas. Une telle oirée fait gouttière et conduit le liquide de l'injection dans un seau placé à cet effet. Faites, au moyen d'un brok nanti d'une canule en verre, passer une grande quantité d'eau très chaude, six, huit, dix litres d'eau à 45° et 50°. Recommencez ces injections ; deux fois, trois fois par jour et plusieurs jours de suite.

Ces irrigations agissent en amenant une contraction des parois des petits vaisseaux. Elles conviennent surtout au cas où les tissus sont friables et où d'autres moyens topiques peuvent décider les tissus.

Dans tous les cas elles suffisent souvent à modérer l'écoulement sanguin ou même à la tarir momentanément et permettent d'établir le tamponnement dans de meilleures conditions.

b) *Tamponnement du vagin.* — Il faut se munir d'un spéculum ou d'une valve, d'une pince longue et de tampons. On peut à la rigueur mettre quelques tampons sans valve, mais outre que l'on voit mal ce que l'on fait l'exécution sera difficile : les premiers tampons vont essuyer le mucus, et le vagin devenu râpeux ne laissera plus passer les autres. La malade va souffrir, crier. On se hâtera d'en finir, le tamponnement sera mal fait.

Si on le peut, les tampons seront faits avec de la charpie. Malgré qu'on en ait dit beaucoup de mal, la charpie est le meilleur pansement contre l'hémorrhagie. Mais il faut de la charpie étuvée. Si l'on est à la campagne, une fois la charpie faite, on la met dans le four de cuisinière, d'où on la retire dès qu'elle commence à rou-

DERMATOLOGIE

Le traitement externe de l'acne vulgaire

par M. LEREDDE

[Suite]

TRAITEMENT PAR LES SULFUREUX. — L'action des sulfureux est moins énergique que celle du soufre, mais ils sont précieux dans la séborrhée du tronc sous forme de bains.

Ceux-ci doivent contenir 50-100 grammes de monosulfure ou trisulfure de sodium. On peut ajouter 50-100 grammes de sel marin : on évite l'irritation de la peau en versant dans le bain de l'eau chaude ou on a fait dissoudre 200 grammes de gélatine.

On peut savonner au préalable la peau au savon noir de potasse, chez l'homme, quand elle est tolérante. Après les bains, la peau sera toujours poudrée, au talc par exemple.

TRAITEMENT PAR LES MERCURIAUX. — Les composés mercuriels ont été autrefois employés dans le traitement de l'acné : ils sont maintenant d'un usage plus restreint ; Brocq indique la lotion suivante qu'on applique après savonnage :

Bichlorure de Hg.....	1 gramme.
Eau.....	150 —
Alcool à 90 degrés.....	100 —

On l'emploie d'abord diluée d'eau, puis peu à peu on l'emploie pure. Le sublimé peut être associé au chlorhydrate d'ammoniaque :

Bichlorure de Hg.....	1 gramme.
Chlorhydrate d'AzH ³	1 —
H ² O.....	500 —

Etendre également d'eau lors des premières applications.

Les composés mercuriels peuvent être employés en pâtes.

Oxyde de zinc.....	10 grammes.
Ceyssatite.....	2 —
Axonge benzoïnée.....	28 —
Sublimé.....	0,06-0*10
Résorcine.....	1*25

(Leistikow.)

On ne peut les associer au soufre que sous forme de sulfure de mercure (cinabre) :

Vaseline.....	10 grammes.
Lanoline.....	10 —
Amidon.....	15 —
Soufre précipité.....	3 —
Sulfure rouge de mercure.....	2 —

TRAITEMENT PAR L'ICHTHYOL. — L'utilité de l'ichtyol dans le traitement de la séborrhée grasse est très varia-

sir. La température (environ 200°) à laquelle elle aura été soumise l'aura débarrassée de tous ses germes. La ouate hydrophile et la gaze iodoformée peuvent également servir, mais elles laissent souvent filtrer le sang.

Les tampons préparés, l'injection vaginale donnée, mettez le spéculum ou la valve, et placez méthodiquement les tampons dans les culs de sac, puis progressivement dans le vagin, en tassant légèrement. Remplacez la malade dans la position horizontale et recommandez-lui de faire le moins de mouvements possible.

Tout n'est pas fini, il faut maintenant surveiller attentivement la malade et ne pas laisser trop longtemps le tamponnement en place, quarante-huit heures au maximum.

Car si le tamponnement est un moyen précieux qui arrête parfois l'hémorragie d'une façon définitive, il peut avoir ses inconvénients ; il facilite l'ulcération des tissus enflammés ou cancéreux. Le sang peut s'accumuler au-dessus des tampons et produire une hémorragie interne. Les tampons deviennent rapidement septiques. Enfin, le tamponnement amène presque toujours de la rétention des urines et des matières fécales. N'a bandonnez donc pas une malade à elle-même sur la fo du tamponnement.

c) Un troisième moyen, l'application de glace ou d'eau froide sur le ventre est un adjuvant qui peut rendre des services dans certaines hémorragies internes. Celles qui s'accompagnent de tension du pouls, de battements artériels dans le vagin, de sensation d'ardeur, de chaleur, d'érythème dans le petit bassin, de douleurs vives, sont dites actives et appellent de préférence l'emploi de la réfrigération abdominale.

2° L'hémorragie persiste malgré le traitement. — Ce qu'il ne faut pas faire ; c'est d'avoir recours au procédé d'EMMET, qui fait une suture temporaire et du col au risque que d'avoir une hémorragie ou une hémorragie intra c'est aussi de tenir la ligature des artères utérines préconisée par MARTIN : il s'agit là d'une véritable intervention chirurgicale, et alors autant vaut tout de suite faire une intervention radicale et traiter l'affection même, source de l'hémorragie.

Ce que l'on doit faire, c'est la dilatation du col, soit avec des éponges préparées s'il n'y a pas urgence, soit immédiatement par l'incision du col, sans employer les bougies de Hegar, qui ici offensent trop ; l'incision a l'avantage de permettre d'extirper un polype fibreux, s'il se présente. La dilatation ainsi obtenue permet d'atteindre par le tampon intra utérin, par les hémostatiques, la source même de l'hémorragie. Des attouchements par exemple avec une solution concentrée de

Antipyrine.....	5 grammes.
Eau stérilisée.....	10 grammes.

font cesser une hémorragie, que ni le tamponnement, ni les injections vaginales n'avaient pu arrêter.

(Echo médical du Nord).

ble suivant les cas ; on l'emploie sous forme de lotions, après savonnage, en frictionnant légèrement.

Ichtyol.....	10 grammes.
Alcool à 90°.....	50 —
Ether.....	50 —

ou de glycérolés à 10 p. 100.

Parfois l'ichtyol donnera de très bons résultats et pourra même suffire, comme nous l'avons vu, dans les acnés d'intensité légère.

KERATOLYTIQUES. ASSOCIATION AUX AGENTS ANTI-SEBORRHEIQUES. — Des savonnages, les lotions chaudes suffisent à faire pénétrer les agents antiséborrhéiques ; il n'est pas indiqué, sauf exception, d'employer les kératolytiques forts, à l'état isolé, mais on peut les adjoindre au soufre, aux composés mercuriels, en particulier la résorcine et l'acide salicylique. Une pâte telle que la suivante sera, par exemple, active, sans être irritante d'une manière exagérée et pourra être appliquée toute la nuit.

Vaseline.....	25 grammes.
Amidon.....	10 —
Oxyde de zinc.....	10 —
Soufre précipité.....	5 —
Acide salicylique.....	2 —
Résorcine.....	1 —

Le matin, nettoyer à la vaseline, poudrer au talc.

On peut alterner à l'application des différents agents, par exemple faire une fois ou deux par semaine des applications de pommades salicylées et résorcinées, et dans l'intervalle le traitement par les préparations soufrées.

Dans les séborrhées très intenses, surtout au tronc, on pourra appliquer des pâtes beaucoup plus énergiques par leur action kératolytique et leur teneur en soufre :

Savon mou de potasse.....	} aa
Soufre.....	

(Brocq.)

Savon mou de potasse.....	} aaa
Huile de cade.....	
Soufre.....	

(Lailier.)

On les appliquera en moyenne une heure, lorsque la peau sera résistante. A la suite, on nettoie à l'huile tiède et on applique soit de la poudre de talc, soit une crème, soit, s'il se produit de l'irritation, une pâte de zinc :

Huile de lin.....	} aaaa
Eau de chaux.....	
Oxyde de zinc.....	
Amidon.....	

Traitement de l'acné ponctuée.—Dans l'acné ponctuée, l'hyperkératose devient diffuse, le traitement kératolytique est nécessaire : est en outre utile pour faciliter l'élimination des comédons.

On obtient une action kératolytique par tous les

procédés que nous avons indiqués plus haut : lotions alcalines, lotions savonneuses avec un savon salicylé ou un savon de potasse, le savon de Mielck à l'oxonge. Il peut être utile de laisser sur la peau, pendant quelque temps, de la mousse de savon, au lieu de faire un simple savonnage à l'eau chaude, ou même du savon noir.

Il y a souvent indication de ne pas faire usage de savons et à appliquer le traitement kératolytique en se servant d'acide salicylique et de résorcine, par exemple sous la forme :

Vaseline.....	25 grammes.
Oxyde de zinc.....	12 —
Amidon.....	12 —
Acide salicylique.....	1 à 2 —
Résorcine.....	0g50 à 1 —

Ces applications seront faites le soir, pendant plusieurs jours, avant de procéder à l'extinction des comédons. Le matin, la peau sera graissée à l'axonge ou poudrée suivant les cas.

Si la peau est résistante, on pourra faire un traitement plus énergique et par exemple appliquer la lotion suivante qui a action exfoliante :

Teinture de savon de potasse	
à 1/5.....	40 grammes.
Résorcine.....	10 —
Soufre précipité.....	10 —

(Darier)

Trois soirs de suite. Le matin, application d'une crème :

Lanoline.....	} aa
Eau de chaux.....	

Unna se sert d'acide acétique sous forme de lotions (acide acétique étendu d'eau) ou de pâtes telles que la suivante, qu'on applique matin et soir :

Kaolin.....	4 grammes.
Glycérine.....	3 —
Acide acétique.....	2 —

L'acide acétique peut être associé à la résorcine, à la dose de 2 à 3 p. 100.

Pour enlever les comédons, une fois la kératolyse achevée, on peut se servir d'une clef de montre, mais il est préférable d'avoir recours à un instrument spécial qu'on appelle le komedon enquetcher et qui permet d'exorcer sur la peau des pressions obliques.

Les comédons enlevés, on fera un traitement anti-séborrhéique, un ayant soin d'enlever chaque jour les comédons qui deviennent visibles et d'employer de temps à autre les kératolytiques.

Le massage de la peau est particulièrement utile dans ces acnés ponctuées où l'élimination des sécrétions cutanées se fait d'une manière incomplète, et combat avec avantage la tendance au refroidissement cutané,

commune chez les acnéiques. Leistikow indique la technique suivante :

Le malade la pratique lui-même au moyen des doigts imprégnés de vaseline. Sur le front, il doit aller de la ligne médiane vers les tempes ; au dessous de l'œil, de la ligne médiane vers l'oreille, sur la face de l'os malaire vers le nez, du pli naso-labial vers la commissure buccale, de l'angle des mâchoires vers le menton. Les séances durent de dix à vingt minutes.

Traitement de l'acné inflammatoire. — I. ACNES SUPERFICIELLES. — Il existe des formes d'acné inflammatoire avec pustulation péri-utriculaire, formation de croûtes et où l'état inflammatoire reste très superficiel ; parfois l'état de la peau se rapproche de celui de certains impetigos, parfois il y a association de séborrhéides, et même eczématisation secondaire. Dans ces cas, on négligera le traitement de l'acné tant qu'on n'aura pas supprimé les infections annexes de la peau. Des pulvérisations destinées à faire tomber les croûtes, suivies de l'ouverture des pustules, des lotions émoullentes, dans l'intervalle, des applications de pâtes permettront d'éteindre les foyers parasitaires. Les préparations d'ichtyol peuvent être employées dès que l'infection diffuse de la peau s'est atténuée ; quand l'amélioration se prononce, on peut essayer enfin les pâtes au soufre et au cinabre. Dans ces formes, assez faciles à traiter, il convient de procéder progressivement, leur guérison exige une certaine habitude de la thérapeutique dermatologique comme toutes les fois qu'on doit agir réellement sur des lésions une peau irritables.

(à suivre)

OTOLOGIE

Les symptômes cérébraux des otites

Pour comprendre et apprécier le rôle des otites comme source de complications et de symptômes cérébraux, il suffit de se représenter l'anatomie topographique de l'oreille. Si, prenant en main un crâne, on regarde le rocher, on le voit creusé à son centre d'une série de cavités ou cellules qui sont : l'une d'entre elles, antérieure, l'oreille moyenne ou caisse du tympan, les autres postérieures, intéressantes au point de vue pathologique surtout, les cellules de l'apophyse mastoïde. Les rapports anatomiques de ces cellules sont extrêmement importants ; le nerf facial chemine dans leurs propres parois, le sinus veineux latéral les recouvre en arrière, les méninges et le cerveau s'appuient directement sur leur toit, en haut. Au niveau de l'oreille moyenne, l'encéphale n'est séparé de la caisse que par une simple lamelle osseuse, à peine souvent de l'épaisseur d'une feuille de papier et quelquefois déhiscente. On conçoit dès lors, aisément, quels dangers les suppurations et les

caries osseuses si fréquentes de l'organe de l'ouïe font courir aux malades et on se représente quelle source abondante de complications et de symptômes encéphaliques l'oreille peut continuer.

Et, effectivement, les otites offrent un intérêt de premier ordre dans la pathogénie des affections méningo-cérébrales. Je ne saurais, bien entendu, faire ici une revue complète de ce sujet encore insuffisamment étudié d'ailleurs, tant il est étendu. Je me propose uniquement d'attirer l'attention du praticien sur une partie jusqu'à ce jour trop ignorée de la pathologie et d'indiquer, chemin faisant, les troubles morbides les plus saillants causés par les otites.

Il est, tout d'abord, un symptôme appartenant en propre à l'oreille sur lequel je vais m'arrêter un instant, c'est le vertige. Depuis le jour où Trousseau a fait connaître le vertige *a stomacho laeso* un certain nombre de médecins, exagérant son importance, n'ont prescrit contre toute sensation vertigineuse qu'une médication gastrothérapique, régime lacté, alcalins, gouttes amères, etc. C'est là une opinion erronée et dangereuse. Le vertige stomacale, de même qu'il peut dépendre d'une lésion oculaire, nasale, néphrétique et de bien d'autres affections encore. Mais, en réalité, dans la majorité des circonstances, ce phénomène tient à une altération pathologique de l'oreille. Dans sa nature, dans son essence, en effet, le vertige est en grande partie d'origine auriculo-cérébelleuse. Des recherches anatomiques et physiologiques récentes prouvent que le sens de l'équilibration et de la coordination, assez complexe il est vrai, a néanmoins sa source principale dans les irradiations cérébelleuses et les terminaisons auriculaires du nerf labyrinthique. Le vertige, dès lors, trouble de l'équilibration et du sens de l'espace, devient pour l'oreille et ses racines nerveuses dans le cervelet ce que le vomissement est pour l'estomac et la toux pour l'appareil respiratoire. Ne pas penser à l'oreille en face d'un vertige équivaut à oublier d'examiner l'estomac en présence de vomissements.

Il existe également — en dehors de toute complication crânienne — d'autres symptômes cérébraux des otites suppurées en particulier. Au cours de celles-ci, il n'est pas rare de noter la céphalalgie, la lourdeur de tête, la fatigue intellectuelle. Chez certains sujets névropathes, les phénomènes précédents s'exagèrent et il s'ensuit un état neurasthénique profond que le traitement de l'oreille suffit souvent à soulager et à guérir. Signalons, dans le même ordre d'idées, la paralysie faciale dont le mécanisme est facile à comprendre. Quelquefois, les symptômes nerveux vont plus loin. Ainsi, le Dr de Chapeaux (de Lorient) vient de signaler l'intéressante observation d'un malade atteint d'otorrhée chez lequel la médication locale a amené la guérison d'une épilepsie jacksonienne (convulsions faciales, secousses intenses dans le bras et la jambe correspondante, bredouillement de la parole) dont il souffrait

depuis 2 à 3 mois. Ici, nous touchons à la limite des signes cérébraux dus à l'oreille exclusivement et nous allons entrer dans les complications de voisinage des otites, dans les propagations de l'infection et de la suppuration de la caisse tympanique aux méninges, aux sinus latéraux, au cerveau lui-même.

Les suppurations de l'oreille moyenne, associées ou non aux suppurations des cellules mastoïdiennes, ont une tendance naturelle à s'étendre aux organes immédiatement voisins. Cette propagation peut se faire dès les premiers jours de l'otite, si le toit de la caisse est déhiscent, ou à une date plus ou moins éloignée suivant l'épaisseur des parois osseuses protectrices, la nature et l'importance de l'otorrhée, les progrès de la carie et surtout suivant l'existence ou l'absence de traitement approprié.

Les complications cérébrales des otites se classent en quatre groupes principaux qui sont :

- 1° L'abcès sous-dural ;
- 2° Les méningites aiguës ;
- 3° L'abcès cérébral ou cérébelleux ;
- 4° La sinusite veineuse latérale.

L'abcès sous-dural est la première étape de l'invasion du cerveau. L'infection traverse la lamelle osseuse servant de toit à la caisse ou à l'antre mastoïdien et elle vient attaquer la dure-mère qui résiste forme des adhérences et emprisonne la suppuration : l'abcès sous-dural est constitué. Malheureusement, les choses n'en restent pas toujours là, la résistance des méninges fait quelquefois défaut ou est insuffisante à barrer la route au pus. Alors, les agents microbiens émigrent par voie circulatoire dans les lobes cérébraux pour constituer un abcès, ou bien ils infiltreront les méninges elles-mêmes et la méningite se déclare. D'autres fois, le mur osseux s'altère en arrière dans les parois des cellules mastoïdiennes postérieures au niveau du sinus veineux latéral qui se prend à son tour. Telle est la marche des complications crâniennes des otites ; souvent la suppuration d'oreille gagne lentement, peu à peu, les parties voisines, s'avance progressivement à l'intérieur du crâne, frappe les méninges, les sinus, faisant des incursions plus éloignées encore dans le cervelet et le lobe temporo-sphénoïdal du cerveau. Ces complications sont d'une grande fréquence.

Je ne saurais donner ici qu'un aperçu général très succinct de toutes ces questions. Elles sont bien trop vastes pour tenir même sommairement dans le cadre d'un article. Il est nécessaire néanmoins de les avoir présentes à l'esprit en clinique pour ne pas méconnaître des faits journaliers essentiels de la pathologie neuro-cérébrale.

Quels sont les signes principaux propres aux complications ci-dessus énoncées ?

1o **Abcès sous.** Petite nappe de pus recouverte par la dure-mère péri-pétreuse, elle constitue la première étape de l'évasion crânienne. C'est une lésion intermé-

diaire qui donne l'alarme, guérit dans un certain nombre de cas ou au contraire fait place aux troubles définitifs de l'abcès du cerveau ou de la méningite. Aussi se caractérise-t-elle par des périodes de rémission qui sont parfois des guérisons. Lorsque l'abcès sous-dural se développe lentement, il entraîne une céphalée progressive assez violente, des vomissements et quelques phénomènes de compression cérébrale, torpeur intellectuelle, parésies, secousses convulsives, qui se calment ou s'exagèrent suivant que le pus s'écoule ou non dans l'oreille. Parfois, il se produit un véritable orage méningé, rappelant la méningite aiguë, et susceptible de se calmer.

2o **La méningite otorrhéique.** Les symptômes sont ceux de la méningite aiguë. Début brusque par une céphalée intense, atroce, tenace, généralisée rapidement à toute la tête. La température est élevée, 40°, 41°, le pouls fréquent, les paralysies et les convulsions diffuses. Il y a délire, vomissements, constipation opiniâtre et coma précoce. On reconnaîtra l'invasion méningée à l'hyperthermie, au coma précoce et au défaut de l'occasion des troubles morbides (céphalée diffuse, accidents paralytiques et spasmodiques également diffus).

3o **L'abcès cérébral et cérébelleux.** Cette accident apparaît au cours des suppurations otiques anciennes ou récentes. Quelquefois l'oreille a suinté à peine quelques gouttes de pus et a cessé de couler, les lésions de la cuisse s'étant rapidement cicatrisées. L'abcès du cerveau ne s'en développe pas moins. L'observation rapportée le 26 juin 1900 par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine en est un exemple. Chez ce malade, l'otite avait duré au plus une journée ou deux et elle avait si peu attiré l'attention du patient qu'il ne s'en souvenait pas personnellement. Il portait néanmoins un abcès cérébelleux contrôlé par l'autopsie. D'autres fois, la lésion causale est une otorrhée datant de longue années, 10, 20, 50 ans !

Les signes qui caractérisent les abcès cérébraux et cérébelleux sont assez nombreux ; la céphalée, d'abord, constante, progressive, particulièrement violente, localisée plus ou moins nettement, les vomissements véritables et sans efforts, le ralentissement du pouls et de la respiration, les vertiges, une démarche ébrieuse, surtout dans l'abcès cérébelleux, de l'amaigrissement, puis des symptômes de localisation, l'épilepsie jacksonienne, les paralysies motrices, les monoplégies du côté opposé à l'abcès, l'aphasie, le strabisme, l'hémiopie, etc. On a décrit à certains abcès du cerveau une période de latence qui, si elle existe réellement, doit être exceptionnelle.

4o **Phlébite du sinus.** Avec la phlébite du sinus latéral, la symptomatologie varie quelque peu. Il y a là infection veineuse, par conséquent pyhémie. Et effectivement, ce sont les signes de la pyhémie qui dominent, les frissons, la fièvre à grandes oscillations

thermiques, l'adynamie, la faiblesse du pouls, la sécheresse de la peau, la diarrhée. Le patient se plaint de céphalalgie unilatérale et au lieu de tomber rapidement dans le coma, conserve son intelligence jusqu'au dernier moment. Le thrombus se prolonge quelquefois dans la veine jugulaire et on sent, le long du cou, au-dessous de la mastoïde, un cordon assez accusé. Comme dans toute pyohémie les abcès métastatiques ne sont pas rares.

Diagnostic. Disons-le tout d'abord, le diagnostic précis des complications cérébrales des otites présente, comme la plupart des diagnostics de neuro-pathologie, des difficultés assez sérieuses. On reconnaît aisément qu'il y a affection intracrânienne, on arrive généralement à établir sa nature et son siège approximatifs, mais quand il s'agit de préciser rigoureusement la cause, le siège exact et l'étendue des lésions, il n'en est plus toujours de même, il s'en faut. Cette remarque faite comment appréciera-t-on si une affection cérébrale quelconque est d'origine otique ?

La première chose à faire est d'abord d'y penser. La fréquence des complications intra-crâniennes des otites est telle que le clinicien, en face d'un trouble cérébral rappelant la méningite, la sinusite ou l'abcès doit toujours examiner l'oreille. Si la suppuration otique est évidente, ancienne, avec carie osseuse, douleurs à la pression sur la mastoïde (sans mastoïdite aiguë cependant), céphalée plus accusée du côté de la caisse tympanique malade, suintement purulent venant de la partie supérieure de l'oreille moyenne (attique), si la symptomatologie décrite il y a un instant existe au complet, on doit s'arrêter à l'idée d'otorrhée compliquée de migration cérébrale.

D'autres fois, l'otite a guéri ; la suppuration, après avoir duré un temps variable, quelques semaines ou quelques jours seulement (exemple de Dieulafoy) s'est tarie lorsqu'apparaissent les troubles intra-crâniens, la céphalée atroce et tenace, les vertiges, etc. Il ne faut pas écarter pour cela l'hypothèse de propagation cérébrale de l'otite. On éclairera le diagnostic souvent par exclusion en discutant la possibilité et la valeur de autres causes d'infection des méninges et du cerveau. On ne doit pas oublier que la très grande majorité des cas d'abcès du cervelet et du lobe temporo-sphénoïdal est d'origine auriculaire.

Les complications cérébrales des otites peuvent être confondues avec nombre d'affections des centres nerveux, la méningite tuberculeuse, la méningite cérébro-spinale, les tumeurs, la syphilis, les traumatismes cérébraux, voire la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente. Souvent de soi disant méningites bacillaires chez les enfants ne sont autre chose que des infections crâniennes d'une otite. Je ne saurais développer ici tous ces diagnostics différentiels. Le signe de Kernig, les résultats de la ponction lombaire, les antécédents et le traitement d'essai spécifiques, la tendance envahissante avec apparition de nouveaux symptômes propres aux

néoplasmes, le séro diagnostic de Widal aideront beaucoup dans les cas difficiles et douteux. Ceux-ci, d'ailleurs, ne sont pas rares et parfois la complexité du diagnostic est extrême.

Les traumatismes crâniens peuvent très bien servir de cause occasionnelle à une infection méningo-cérébrales d'origine otique. Une suppuration de la caisse tympanique et des cellules mastoïdiennes, connue du malade ou latente, se trouve ainsi par l'ébranlement traumatique transportée plus ou moins loin dans la boîte crânienne et joue un rôle considérable dans les symptômes consécutifs. Il n'est toujours aisé de faire la part des troubles dus au traumatisme seulement et des troubles de source otique. En tout cas, il convient en pareille circonstance d'examiner l'oreille à fond, de noter les antécédents aux mastoïdiens du patient, de s'enquérir s'il ne souffrait pas auparavant de vertiges, de bourdonnements, de surdité, de céphalée du côté de l'oreille soupçonnée malade. On pèsera la valeur de chaque symptôme et on se fera progressivement une opinion basée sur l'ensemble des signes. En matière de pathologie cérébrale, il convient d'être souvent prudent dans ses conclusions ; les localisations cérébrales les mieux connues n'ont-elles pas été ces temps derniers battues en brèche ? Les auristes, devenus par la force des choses opérateurs, ont simplifié un peu la question ; lorsqu'il y a otite et symptômes cérébraux graves, ils opèrent, faisant ainsi à la fois le diagnostic et le traitement.

(Le concours médical.)

Thérapeutique et Matière Médicale

La désinfection par l'aldehyde formique ou formaldéhyde

Il n'échappera à personne l'importance, au point de vue hygiénique et prophylactique, du problème de la désinfection des habitations contaminées : chambres des malades, chambres mortuaires, salles d'attentes, bibliothèques, casernes, hôpitaux, prisons, restaurants, wagons, omnibus, voitures, etc. Pendant ces vingt dernières années, depuis que la doctrine microbienne a prévalu dans le monde scientifique, les hygiénistes de tous les pays n'ont cessé de s'en occuper. Tous les désinfectants employés avec plus ou moins de succès dans la médecine et la chirurgie furent essayés dans la désinfection des locaux contaminés. C'est ainsi qu'on a successivement employé : le nettoyage mécanique, l'acide phénique, l'acide sulfurique, le chlore et le brome, la vapeur d'eau, le sublimé, etc. Tous ces procédés ont dû être abandonnés pour la même raison : il est impossible d'affirmer que l'on détruit sûrement les germes infectieux en pulvérisant un liquide sur un paroi verticale. Prenons le sublimé. Outre les dangers que ce produit fait courir aux désinfecteurs il est impossible, en promenant une lance d'un pulvéris-

sateur sur la muraille, d'atteindre utilement tous les points et il reste nécessairement de larges surfaces que le liquide désinfectant n'a pas touchées ou n'a touchées qu'insuffisamment.

Le professeur Flügge, dans une étude très approfondie sur la valeur respective de la formaline et du sublimé, s'exprime ainsi (*Revue d'hygiène et de la santé publique*, 1899, t. II) :

“ La solution normale de sublimé est d'une surprenante lenteur contre les staphylocoques ; des colonies nombreuses de ces bacilles résistent jusqu'à 30 minutes à une solution de sublimé de 1 p. 1.000. De plus, cette solution n'est pas d'une efficacité certaine contre les bacilles des crachats des phtisiques. On doit employer, pour stériliser ces bacilles, une solution de 3 et même 5 pour 1.000 et la laisser en contact avec les crachats pendant un laps de temps trop long pour qu'on puisse pratiquement l'employer à la désinfection des locaux.”

Par contre, nous savons que la formaline possède une efficacité certaine contre les bacilles de la diphtérie, de la peste, de la tuberculose, du choléra, et contre le streptocoque... Comparée aux autres désinfectants connus, son champ d'action est donc des plus étendus puisqu'elle jouit de propriétés désinfectantes incontestées à l'égard de presque tous les agents producteurs des maladies infectieuses, et nous sommes engagés formellement par ce fait à l'employer dans la pratique.

Avec le sublimé on n'a donc pas la sûreté de détruire non seulement les bactéries, mais aussi les spores beaucoup plus résistantes, ni la sûreté de n'apporter aucune dégradation aux objets soumis à la désinfection. Or, ces desiderata ne peuvent être remplis que par un gaz qui atteint uniformément toutes les parties d'une habitation et supprime pour ainsi dire l'intervention toujours imparfaite de la main de l'homme. Et à l'heure présente le gaz qui a réuni tous les suffrages des hygiénistes et bactériologistes paraît être la formaline ou aldéhyde formique.

L'avantage le plus considérable de cette nouvelle méthode de désinfection sur les anciens modes consistant en lavages et pulvérisations à l'aide de solutions aqueuses, réside dans l'action automatique de cette désinfection à l'aide de la formaline. Tous ceux qui connaissent ces anciens procédés savent qu'il est difficile, sinon impossible, de trouver des hommes qui, toujours avec les mêmes soins, la même conscience, traiteront tous les objets, toutes les parties de l'appartement par leur désinfectant. Et même s'ils le faisaient, dans bien des circonstances, la durée du désinfectant aux doses d'usage serait insuffisante pour produire un effet utile. Nous n'avons donc plus aujourd'hui, grâce à la désinfection par la formaline, à redouter ces causes d'incertitude.

Les travaux sur la formaline se sont multipliés ces dernières années. Roux et Trillat, Vaillard et Lemoine, Calmette, Miquel, Nicole, etc., en France, Flügge, Pfuhl, Niemann, Gravitz en Allemagne, ont tous dans les expé-

riences de laboratoire comme dans leur pratique d'hôpital confirmé ce qu'ont déjà permis de deviner les premiers essais de Lœw : c'est que la formaline, sans être le désinfectant idéal, s'en rapproche le plus. Pouvoir bactéricide formidable, inocuité absolue pour les manipulateurs et les objets soumis à son action, et enfin répartition uniforme dans toutes les parties d'un local : tels sont les traits caractéristiques de ce produit.

M. Miquel dans son ouvrage sur : “ La désinfection des poussières sèches des appartements ” s'exprime ainsi en parlant de la formaline (p. 77-79) :

“ Quand on songe que cent grammes d'acide sulfureux par mètre cube se montrent incapables de toucher aux spores du charbon, on ne peut refuser à l'aldéhyde formique un pouvoir bactéricide extraordinairement actif quand on la voit, sous un poids trois cents fois moindre, anéantir sûrement les spores de la bactérie charbonneuse. Outre leur pouvoir microbicide si remarquable, les vapeurs d'aldéhyde formique possèdent la propriété précieuse d'être très pénétrantes.”

M. le Dr Régnier et J. Bruhat, ont lu à la séance du 9 juin 1899, de la Société française d'hygiène, un rapport sur l'influence du procédé de stérilisation par la formaline sur les microbes qu'on rencontre le plus souvent dans la désinfection des habitations en prenant de préférence les espèces les plus résistantes à l'action des agents stérilisateurs ordinairement employés. Les espèces choisies furent : le bacille d'Eberth, le coli commune le bacille de Koch, le streptocoque et le staphylocoque pyogène doré, le bacille de Lœffler, les molesissures et les bactéries de la putréfaction, et enfin quelques champignons dont la très grande résistance à l'action des antiseptiques est bien connue. Toutes ces expériences faites à l'hôpital de la Charité, en produisant l'aldéhyde formique à l'aide des formolateurs de la Société Hélios, ont toutes donné le même résultat : destruction complète des micro-organismes au bout d'un temps variable.

Si nous laissons maintenant de côté les expériences *in vitro* pour interroger les résultats obtenus dans la pratique médicale, dans la pratique d'hôpital qui intéresse le plus les praticiens, nous rencontrons la même unanimité. Écoutons le professeur Flügge : “ D'après la statistique de l'Office de désinfection de Breslau, dit celui-ci, il a été fait à Breslau depuis l'année 1898, 257 désinfections par la formaline contre la diphtérie. Dans deux cas seulement il y eut de nouveaux malades dans la même habitation. Si, dit-il, après 257 désinfections à la suite de diphtérie, 255 fois cette affection ne s'est pas reproduire dans la même famille, on ne peut conclure que le procédé employé dans ces opérations détruit, aussi sûrement qu'il est possible de le faire, les germes infectieux de la maladie.”

M. Doyen dans sa clinique privée, M. Vidal au sanatorium de Cannes, M. Marcel Briand à l'asile de Villejuif, M. le professeur Fabre (de Toulouse), M. le professeur Lortet (de Lyon), et bien d'autres encore, qui ont

expérimenté, n'ont eu qu'à s'en louer.

Rappelons enfin les essais très concluants de stérilisation par la formaline des instruments de chirurgie (Dr Auriol), des objets de pansements (Dr Eardet), des instruments en usage chez les coiffeurs (Sabrazès), des tonneaux à vin, bière et cidre, (Bruhat), etc.

(*Jour. de méd. de Paris*)

Traitement du cancer par la quinine

Dr VALATX.

Puisque le sérum anti-cancéreux officielle et obligatoire n'a pas encore été imposé, il faut bien traiter les cancéreux. Le traitement que propose M. VALATX dans la *Gazette des hôpitaux* mérite d'être pris en considération. Il consiste à employer la quinine par la voie hypodermique. Les piqûres sont faites à la cuisse; la peau est nettoyée au sublimé et à l'éther; la seringue et l'aiguille sont bouillies. La solution de quinine, stérilisée, est hermétiquement cloée dans une ampoule de verre contenant exactement la quantité nécessaire à une seule injection. Après avoir formé un pli cutané avec le pouce et l'index gauche, on enfonce l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané. La piqûre est peu douloureuse. C'est lorsqu'on pousse le liquide dans le tissu sous-dermique que la douleur est parfois assez vive; mais elle cesse en même temps que la pénétration du liquide sous la peau. On retire vivement l'aiguille en comprimant la peau avec l'index gauche et on met sur la piqûre une goutte de collodion. En suivant cette méthode, on n'a jamais d'abcès. Ces piqûres sont faites pendant dix jours consécutifs, on les suspend dix jours, puis on recommence une nouvelle série. La piqûre peut contenir, *pro die*, de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 ou 0 gr. 50 par jour. Le sel employé est le bromhydrate de quinine qui est parfaitement soluble. Cette méthode a sur celle de l'administration buccale l'immense avantage de laisser intactes les voies digestives, ce qui permet à la quinine de conserver toute sa puissance et de rendre aux malades l'appétit qu'ils ont presque toujours perdu.

Des observations publiées par M. Valatx, il résulte que, sous l'influence de cette médication, tous les symptômes que présentent les malades se sont rapidement amendés, mais que la lésion elle-même ne rétrocede pas à proprement parler. Elle se nettoie, se déterge, donne lieu à des écoulements bien moins abondants et moins fétides, mais elle ne rétrocede pas et continue à progresser, quoique plus lentement.

Comment agit la quinine dans ce cas? Ce médicament possède, comme on sait, une valeur antiseptique extrême: elle exerce sur les organismes inférieurs une action toxique des plus énergiques; de plus, elle ralentit considérablement les combustions organiques,

elle détermine une quaso-constriction générale, elle est antithermique.

D'autre part, les leucocytes possèdent, comme on sait, la fonction phagocytaire. Cette fonction s'accomplit au moyen des ferments — les cytasses ou alexines — qui permettent la digestion des substances étrangères par les leucocytes; elle n'est possible que si les phagocytes peuvent arriver au contact des corps étrangers, autrement dit que si la chimiotaxie de ces corps n'est pas négative.

Ceci étant posé, comment agit la quinine? M. Jaboulay pense que la quinine agit par son action antiseptique. M. Vincent estime que l'action atrophiante de la quinine est due à l'excitation des éléments musculaires lisses des petits vaisseaux, excitation qui a pour résultat d'"affamer" la tumeur; M. Lépine admet l'action antiseptique de la quinine, mais suppose de plus que cette substance agit en diminuant la quantité des sucs plasmatiques. En somme, pour un certain nombre d'auteurs, le parasite du cancer est sinon détruit définitivement, du moins affaibli et diminué dans sa virulence sous l'action de la quinine.

(*J. méd. de Paris*)

A propos des injections sous-cutanées de strychnine

par le Dr ALBERT SALIVAS

(*Suite.*)

Par conséquent, tout en approuvant sans restriction les conclusions du Dr Fernet sur l'efficacité de la strychnine contre l'alcoolisme et l'état adynamique des grandes maladies, je ne saurais admettre la préférence qu'il accorde aux injections sous-cutanées. Ces injections n'ont d'autre mérite que d'agir vite. Quant à croire, comme le Dr Fernet, que seules elles respectent l'intégrité des voies digestives, c'est une profonde erreur.

En dosimétrie, nous prescrivons à satiété la strychnine par l'estomac, et nous n'avons jamais constaté que les voies digestives eussent souffert de l'ingestion de cet agent. Bien au contraire, loin de nuire aux malades, les granules dosimétriques administrés suivant les règles de notre Ecole, relèvent la vitalité, stimulent l'appétit et facilitent la digestion.

"Les sels de strychnine — c'est le Dr Van Renterghem qui parle — donnés à l'homme sain adulte, à raison de 1/4 de milligramme de 1/2 heure en 1/2 heure, ou de 1/2 milligramme d'heure en heure (soit 7 milligrammes 1/2 par jour), ont une atonique, manifeste sur toute les fonctions de l'économie. Nous avons fait prendre la strychnine à ces doses et de cette manière en granules Charles Chantaud, pendant des semaines et même pendant des mois: *jamais nous n'avons vu se produire le moindre phénomène toxique.*

"Le double de ces doses (soit 15 milligrammes par

jour) prescrit pendant une semaine, deux semaines et plus, à des malades atteints de fièvre paludéenne, à des dyspeptiques, a toujours été parfaitement supporté.

“ Les malades se sentaient mieux disposés, moins faibles ; dans la soirée, quelques-uns éprouvaient de la chaleur au visage, rarement ils ressentait des picotements dans les doigts ou les orteils, et ils ne s'alarmaient pas au moindre bruit. La nuit, il reposaient bien.

“ L'appétit se relevait généralement, même sous l'influence de doses inférieures à celles que nous venons d'indiquer.

“ Quant à l'injection sous-cutanée de strychnine, elle est inutile et dangereuse, car elle dépasse presque toujours le but en excitant, alors qu'il ne faut qu'inciter.”

Pour mon compte, je me suis, en aucune circonstance, écarté des règles de notre Ecole pour l'administration de la strychnine, et je me suis invariablement trouvé à merveille de cette manière d'agir. Je n'ai pas non plus noté qu'il fût vrai, ainsi qu'on l'a prétendu, que la strychnine s'accumulât à l'instar de la digitale. Nombre de mes malades ont pris de la strychnine pendant des mois, et jamais, il ne s'est produit chez eux le moindre symptôme d'accoutumance. En ce moment même, je traite des centaines de tuberculeux à qui je conseille quotidiennement la strychnine ou ses sels, et qui ne retirent que les meilleurs effets de l'usage de cet alcaloïde, sans en éprouver le plus petit inconvénient. Il est vrai que pour tous, la strychnine ou ses sels sont donnés en granules Charles Chantaud, et conformément aux principes dosimétriques. Les résultats seraient certainement moins bons avec des préparations pharmaceutiques et un mode d'administration différents, et le grave accident de l'accumulation de viendrait possible. Mais puisque nous avons des granules d'un dosage et d'une solubilité à toute épreuve et des règles si simples et sûres pour leur mode d'emploi, pourquoi n'y aurions nous pas toujours recours ? Cela vaudra mille fois mieux que tout le reste, y compris les injections sous-cutanées préconisées par le Dr Fernet.

(La Dosimétrie)

Les Injections de serum contre les nevralgies et nevrites

M. le Dr Bernard, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude du traitement des névralgies sciatiques, lombaires, scapulaires, faciales, etc., par les injections sous-cutanées de serum artificiel.

La solution la plus avantageusement employée répond à la formule :

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

La seringue étant chargée de la solution maintenue à la température de la chambre, on injecte sous la peau ou dans les masses musculaires 5 centimètres cubes au niveau de chacun des points douloureux, en pratiquant six injections au maximum par séance quotidienne. La névralgie cède généralement après trois ou quatre séances, l'absence de réaction locale et de douleur fait de ces injections une méthode de choix, même dans les cas de névralgies rebelles ou invétérées.

Il convient d'ajouter que souvent les simples injections de glycérophosphates et même de protoxyde d'hydrogène suffisent pour calmer les névralgies chez certaines personnes.

Espérons que le serum a une efficacité moins éphémère et plus fréquente que ces dernières substances.

(Le Concours Médical.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BASEDOW

M. le professeur Dieulafoy indique, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, la méthode thérapeutique qu'il emploie le plus souvent dans le goître exophthalmique : elle consiste dans l'usage de l'ipéca qui, d'une façon générale, combat efficacement l'éréthisme vasculaire, dans la forme suivante :

Poudre d'ipéca 4 cgr.
Poudre de feuilles de digitale 2 cgr.
Extrait d'opium ½ cgr.
Pour une pilule.

On donne tous les jours, à intervalles suffisants, 2, 3, 4 pilules suivant la tolérance des malades. Il ne faut jamais arriver jusqu'au vomissement ; à peine doit-on susciter un très léger état nauséux. Si c'est nécessaire on diminue le nombre des pilules ou la quantité d'ipéca contenue dans chaque pilule ; ou inversement, on élève les doses avec ménagement ; on tâtonne enfin, de façon à ne pas dépasser les limites de la tolérance. Cette médication, modifiée suivant les besoins, doit être continuée sans interruption au moins pendant des mois. A l'ipéca M. Dieulafoy associe volontiers la valériane d'ammoniacale et surtout l'hydrothérapie, qui doit être indéfiniment prolongée.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Supplément Littéraire

Comment j'opérai le docteur Doyen

Ce fut le 10 février 1902, jour qui restera à jamais célèbre dans les fastes de la chirurgie, que j'opérai le docteur Doyen, ou plutôt les deux frères Doyen, réunis, comme chacun sait, par une membrane xiphopage. De très nombreuses personnes m'ont demandé de vouloir bien moi-même rédiger à ce sujet un récit destiné à être lu par l'excellent acteur Antoine, au cours des représentations cinématographiques qui vont bientôt, avec une magie exacte, retracer aux foules enthousiastes les diverses phases de cette entreprise audacieuse.

Mais quelques explications préliminaires ne seront pas inutiles.

La fréquence des dédoublements de la personnalité est peut-être le phénomène le plus caractéristique des cinquante dernières années. Les causes en sont sans doute l'exaltation même de cette personnalité, l'excès de l'individualisme, les maladies de croissance qui, en ce moment, sévissent sur l'âme, la tourmentent, la pétrissent, la menant, il faut l'espérer, à des destinées nouvelles, à une plus haute puissance. Cette exaspération du moi se traduit simultanément de deux façons contradictoires : un besoin de plus en plus vif de généralisation et une nécessité immédiate de se spécialiser pourtant. L'esprit voudrait être peintre, philosophe, politicien, agir de tous côtés à la fois, et il ne le peut. S'il le pouvait, la société même l'empêcherait, car elle a besoin, pour se sentir en sécurité, de savoir que les forgerons ne font pas de dentelles et que les dentellières ne savent pas forger. Et cependant, l'esprit veut à la fois forger et faire de la dentelle. Alors un miracle s'est produit, le dédoublement intérieur a causé le dédoublement extérieur, le même homme est devenu deux, quelquefois trois.

C'est ainsi que, afin de pouvoir être à la fois auteur et acteur — cela se pouvait du temps de Molière et de Shakespeare, cela est interdit maintenant — un certain Sully a été obligé de devenir, dans le premier cas Sully Prudhomme, et dans le second cas Mounet Sully ; que, pour ne pas déconcerter en écrivant des romans, un nommé Valbert, électeur connu pour la finesse de ses écrits sur la politique étrangère, a dû tirer de lui-même par bourgeonnement ou scissiparité, un autre électeur nommé Cherbuliez ; et enfin — on pourrait d'ailleurs multiplier les exemples, mais celui-ci est topique — que le même homme de génie, appelé Ribot, est devenu trois hommes distincts, connus l'un comme peintre de grand mérite, le second comme philosophe et professeur au Collège de France, et le troisième comme ministre et même chef de cabinet dans les gouvernements de la troisième République.

Il ne faut donc pas s'étonner si l'activité cérébrale

du docteur Doyen l'a également dédoublé. Par malheur, la scissiparité fut incomplète : les deux personnes restèrent rattachées par une membrane s'étendant de l'ombilic au sternum. On fut obligé, pour distinguer celles-ci, d'appeler l'une Radoyen et l'autre Doyenka. Ceci n'eut d'abord aucun inconvénient ; mais, avec l'âge de fâcheuses dissidences de graves incompatibilités de caractère et d'humeur, finirent par se manifester entre les deux doubles. Ils s'étaient abonnés à l'étude et à la pratique de la chirurgie : l'un déclara tenir pour la médecine expectante, l'autre pour la vigueur et la décision opératoires. Leurs dissensions, que nous pouvons presque qualifier d'intestines, eurent un grand retentissement et, à cause même des liens étroits qui les rattachaient, firent scandale. On résolut de les séparer. Il fut fait appel à ma science.

L'opération n'a pas duré vingt minutes. J'y avais convoqué mes amis les phénomènes du cirque Barnum and Bailey, dont je ne puis plus me passer. Ils me furent d'une extrême utilité, l'homme à l'épiderme extensible surtout : en suturant la peau de son abdomen et celle de l'abdomen de l'homme-squelette, je fabriquai des frères siamois artificiels sur lesquels je fis des expériences préalables tout à fait intéressantes. Étaient également présents l'homme sans bras qui écrivait sous ma dictée avec son pied, et l'homme-pelote, qui eut à jouer un rôle modeste, mais indispensable, comme on le verra tout à l'heure.

Les deux monstres Radoyen et Doyenka furent placés sur une table de mon invention, recouverte d'un drap stérilisé d'après une formule qui est ma propriété. Je me plaçai à leur droite, de telle manière que le cinématographe ne put rien perdre ni de mes gestes, ni de mes traits. La partie superficielle de la membrane était formée par une voûte cartilagineuse d'une certaine épaisseur, que je sectionnai à l'aide d'un bistouri établi sur mes indications. Comme il est habituel à ma clinique, l'anesthésie des sujets fut produite par le chlorure de méthyle. A mesure que je n'avais plus besoin de mes aiguilles, de mes ciseaux et de mes pinces, je les piquais dans les joues de l'homme-pelote : voilà à quoi il a servi.

En dessous de la voûte cartilagineuse, je trouvai, comme il fallait s'y attendre, un pont hépatique de 7 centimètres de largeur sur 4 d'épaisseur, traversé par un grand nombre d'artères, d'artérioles, de veines et de veinules. C'était le cas, ou jamais, d'employer ma méthode si originale d'hémostase ; je pratiquai donc l'écrasement extemporané du pédicule hépatique, au moyen de ma grande pince à double levier du Creusot, qui pèse un million de tonnes, qu'un seul doigt fait agir et qui produit une pression de six cent mille kilos. Je n'entrerai pas dans les autres détails, trop particulièrement techniques, de ce travail adroit et gigantesque. Il suffira de savoir que la tâche était assez ingrate. Une

inquiétude me venait : De temps en temps je me tournais vers l'autre opérateur, celui du cinématographe, et je lui disais :

— Combien de temps me reste-t-il encore ?

— Cinq minutes... deux minutes.

Heureusement pour la prosterité, l'opération fut terminée avant que les rouleaux du cinématographe fussent tous épuisés. Radoyen fut emporté le premier sur une table voisine, une compresse de l'invention d'un de mes aides accoutumés placée dans la plaie, et la peau refermée provisoirement avec des pinces à griffes dont j'ai donné tout récemment le dessin. Puis ce fut le tour de Doyenka. Je suturai sa paroi abdominale, en ayant soin de lui laisser une petite mèche en gaze stérilisée par mon préparateur ordinaire, que je ne saurais trop recommander à mes collègues. L'opération avait réussi. Quant à Radoyen et à Doyenka, j'espère qu'ils s'en tireront.

Un immense concours de peuple, que j'estime à sept millions de personnes, attendait à la porte de l'hôpital, et je dus me dérober à ses acclamations. On voyait également sous les fenêtres douze ou quinze cents automobiles, parmi lesquelles on distinguait celles du roi des Kymris, de l'empereur détrôné des Aztèques, du grand-duc de Ganzberg, de lord Untrue, du marquis de Las Pesetas y Cambrio, de Jobard Pacha, de l'ambassadeur d'Andorre, de l'escrimeur Spada-Blanca, de Mlle Suzanne Chaste, l'exquise diseuse, enfin tout Paris, plus le secrétaire particulier du ministère des communications sous-marines qui était venu en fiacre.

Le Santos-Dumont n° 17964 planait au-dessus de ma tête se livrant à mille évolutions sublimes : le Roi des airs tint même à m'inviter à dîner dans sa nacelle. Mais le vent n'étant pas particulièrement favorable, après un atterrissage magistral nous primes le parti de rentrer chez nous en tramway.

Dix heures du soir. — Doyenka dit qu'il a mal à sa membrane.

Minuit. — On m'apporte le cinématographe et on le fait fonctionner. L'effet est étonnant Radoyen a la fièvre. Je lui fais donner du champagne Doyen.

PIERRE MILLE.

Une consultation célèbre

de Messire HUE, médecin de cour au *XIV^e* siècle.

Un de nos confrères de la *Presse médicale*, a ressuscité, ces temps derniers, un de nos ancêtres, messire Hue, médecin et conseiller privé du roi, courtisan parfait, élégant, beau, sachant "couper sa barbe au bon moment de la lune pour ménager la repousse". Le hasard d'une lecture, dont le bibliophile Dupré nous a procuré le plaisir, nous a permis d'exhumer une des consultations célèbres de messire Huë. Cette consultation don-

née à une princesse cousine du roi, jeune et belle, veuve et amoureuse, dont on ne dit pas le nom, mais qui était probablement une des deux filles de Charles le Mauvais, se trouve rapportée dans une vieille chronique qui date du roi Jean ou, peut-être, de Charles VI : "Histoire du petit Jehan de Saintre". Ce vieux récit fut repris et mis au goût du jour au commencement du *XIX^e* siècle, par jour M. de Tressar, à qui nous en empruntons l'abrégé.

"..... Le chevalier de venait de partir en Hongrie, à la tête d'une armée, pour en chasser des bandes sarrazines sorties des bords du Tanais... La princesse son amante, si tendre et jusqu'alors si constante pour un héros qu'elle s'était si vivement attaché, à qui elle devait le bonheur inestimable d'aimer et d'être adorée, cette charmante veuve, trop sensible, s'était fait une si douce habitude des plaisirs que l'absence de Saintre lui enlevait, qu'en croyant ne regretter qu'un amant, elle éprouvait d'autres regrets moins nobles et plus impérieux peut-être. Inquiète, ne goûtant plus les douceurs du sommeil, elle se rappelait tristement un bonheur qui n'était plus. Une largueur mortelle fut la suite de l'insomnie et les roses de son teint furent bientôt effacées par une pâleur effrayante... ses distractions et ses rêveries lui donnaient également des regrets et des désirs : bientôt, froide et presque inanimée, elle se laissait retomber languissamment sur son lit".

"Cet état cruel influa bientôt sur sa santé. La reine s'en aperçut et, ne la voyant point paraître à sa toilette, un jour de fête, elle envoya promptement auprès d'elle le docteur Huë, son premier médecin.

"Ce docteur Huë n'était point semblable aux médecins de son temps, qui, presque tous affectaient un maintien grave et un air sentencieux. Loin de porter des lunettes sur le nez pour paraître avoir affaibli ses yeux par l'étude, les siens étaient riants, spirituels et quelquefois lorgneurs. Quoique véritablement profond dans son art, messire Huë n'affectait pas un triste savoir avec ses malades. Il était plus occupé de leur plaisir que de leur en imposer. Connaissant toutes les petites tracasseries de la cour, il les en amusait. Plus mystérieux que secret, c'était en ayant l'air de faire une confidence, qu'il embellissait l'histoire du jour : courant sans cesse après l'épigramme, il eût été mécontent de lui-même, s'il n'eût pas mêlé quelques bons mots dans ses consultations, et s'il eût écrit une ordonnance pour une jolie femme, sans lui tenir quelques propos galants. On croira sans peine que toutes celles de la cour en étaient folles ; plusieurs même le consultaient sans besoins. La robe de velours et le beau rabat de point de Venise étaient quelquefois froissés au sortir d'une de ces visites.

(à suivre)

Travaux Originaux

LES PERFORATIONS INTESTINALES ET LEUR TRAITEMENT

par M. le Dr Henri LASNIER, Chirurgien
Montréal.

Messieurs,

Il y a cinq ans, alors que je pratiquais à Lévis, j'étais appelé en toute hâte, à 11 heures du soir, auprès d'un de mes amis qui habitait une paroisse voisine.

Comme renseignements immédiats, la personne qui venait me chercher, pouvait seulement me dire qu'il avait été pris d'une douleur abdominale violente et subite, et qu'on le disait en danger de mort.

Je savais d'autre part, que cet ami était en convalescence de fièvre typhoïde depuis quelques semaines, et qu'il avait à peine repris son régime habituel.

J'arrive, dans une maison encore remplis des parents qu'un grand diner de famille (c'était pendant les fêtes du jour de l'an) avait réunis la veille et qui attendaient là le dénouement de la grave partie engagée. L'accident remontait à trente six heures. Je monte à la chambre du malade où je trouve deux confrères dont l'un, en train d'éprouver une seringue, et l'autre préparant de l'eau savonneuse.....

On me raconte que peu de temps après le diner (un copieux diner) en allant au cabinet à la suite d'un effort de défécation, il avait été pris d'une douleur violente aiguë, déchirante, qui lui avait à peine permis de se trainer à son lit.

Puis nous examinons le malade ensemble. En m'approchant du lit, il me présente une main froide et humide..... sa figure comme les mains étaient couvertes d'une sueur froide, son facies grippé... le pouls faible et misérable comptait 135. La température à 110e. Il respirait péniblement.

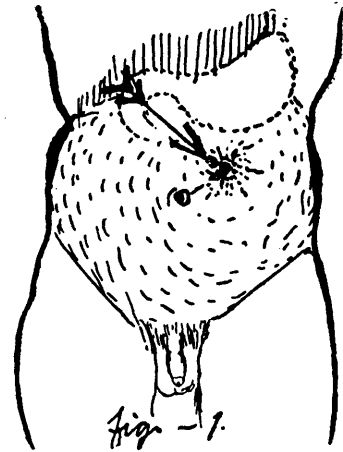
En levant la couverture nous voyons un ventre énorme, ballonné, tendu, luisant, comme soufflé et douloureux en tous points.

"Tiens, me dit le malade, c'est là que ça a commencé," en montrant l'endroit indiqué par une flèche sur figure No 1.

"Ça été comme un coup de couteau... j'ai senti comme quelque chose qui se déchirait..... Puis

"ça s'est étendu à tout le ventre... et j'ai commencé à enfler comme ça."

Pour finir cette observation, je dirai que le ventre était sonore partout... même dans la région du foie.



Vous étiez en train de faire quelque chose, quand je suis arrivé, dis-je à mes confrères... "Bien oui, nous avons envie de lui donner un lavement d'eau savonneuse." Un lavement d'eau savonneuse dans un cas de perforation intestinale ! Car il ne pouvait y avoir de doute, c'était bien ça ! Mes confrères s'étaient d'ailleurs, comme moi, arrêtés à ce diagnostic.

Je n'eus pas trop de misère à leur faire abandonner cette idée et à les convaincre qu'il fallait au contraire rechercher l'immobilité absolue... Nous nous mîmes d'accord pour prescrire, avec le repos absolu, des petites doses de poudre d'opium (0,01 centigramme toutes les heures) avec glace sur le ventre.....

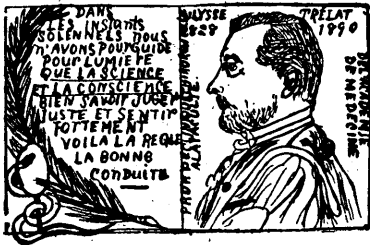
J'eus vaguement, pour ma part, l'idée d'une opération à faire, comme suprême ressource, mais vu les circonstances peu encourageantes où nous nous trouvions, l'heure tardive à laquelle nous étions appelé le peu de chance de survie, et le peu d'expérience que j'avais de l'opération à faire, nous laissâmes la maladie suivre son cours.

Le lendemain notre malade est mort..... naturellement.

En vous citant, avec tous ces détails, l'observation qui précède j'ai voulu montrer en quelles circonstances ces cas peuvent quelquefois se présenter et la manière que l'on a trop souvent, de les soigner, par suite des lacunes de notre éducation médicale ; et faire mieux ressortir les progrès à réalisés.

Ce que j'entreprends de démontrer c'est que la théorie du "laisser faire" et du "laisser mourir" a fait son temps, que tout médecin doit en certaines circonstances pratiquer cette opération d'urgence, que l'on regarde, à tort, comme une chose exclusivement du ressort du chirurgien spécialiste.

Vous n'avez pas supposé un instant, jespère, qu'en parlant de mes confrères j'y aie mis la moindre malice. C'est une lacune de notre éducation médicale que j'ai voulu noter en passant. Puis je sais d'ailleurs que nous avons tous besoin de l'indulgence les uns des autres, ayant tous dans notre vie de médecins, de ces moments difficiles où l'on n'a pour ressources que sa science et sa conscience, comme le dit Trelat sur ce médaillon (esquissé au musée du Luxemburg, Paris.)



Paroles qui montrent que lui aussi il a connu des moments difficiles.

Éventualités cliniques :—

Avant de décrire le manuel opératoire, passons en revue, les éventualités cliniques que l'on peut rencontrer, et commençons par celles qui s'accompagnent de *shock abdominal* ; ça nous donnera l'occasion de donner le traitement du *shock abdominal*, qui doit précéder, comme on le sait, toute intervention opératoire.

Exemples:—

Un homme est reversé par une voiture dont les roues lui passent sur le corps, ou bien c'est un homme qui est tombé de haut sur le ventre, sur une barre fixe; un serre-frein qui s'est fait tamponné entre deux wagons, ou un palefrenier qui a reçu un coup de pied de cheval.

Vous êtes appelés quelques instants après. Le malade est très pâle, la face et les extrémités couvertes d'une sueur froide, le regard anxieux, la parole entrecoupée, la respiration courte et fréquente le pouls petit, l'abdomen qui porte ou non des traces de contusions est à peu près également douloureux sur toute la surface. Le malade est en état de *shock*, c'est ce dont il faut d'abord s'occuper.

(A suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

CONGRES FRANCAIS DE MEDECINE

6e Session, Toulouse 1er avril 1902.

Tuberculose et prostitution

Dr Samuel BERNHEIM, de Paris.

L'auteur commence par déclarer que la vie de débauche et d'abus alcooliques prépare le terrain de la prostituée à l'infection tuberculeuse. Il a examiné un grand nombre de filles soumises et il a constaté que 40 % d'entre elles sont tuberculeuses pendant qu'elles sont en plein exercice en pendant qu'elle remplissent leurs fonctions aussi actives que dangereuses. C'est moins la syphilis que la tuberculose qui les éloigne de leur honteuse profession. En effet, un grand nombre d'entre elles meurent phtisiques à l'hôpital.

Mais ce n'est pas pour s'appitoyer sur le sort de inconscientes et de ces vicieuses que le Dr Bernheim a étudié la question. Il déplore que la surveillance sanitaire n'ait en vue que les maladies vénériennes, sans se préoccuper de la tuberculose, affection aussi contagieuse et mille fois plus redoutable que la syphilis. Or ces filles qui deviennent phtisiques, ont toute liberté de transmettre le bacille de Koch et elles ne se privent pas de cette faculté. Pour ce faire, elles ont une double voie :

- 1° d'une part, le contact buccal si fréquent ;
- 2° d'autre part, la voie génitale.

Les lésions tuberculeuses de la bouche et des organes génitaux sont relativement fréquentes et ces deux cavités sont d'excellents bouillons de culture pour le bacille qui les habite souvent.

Un séjour prolongé n'est pas nécessaire pour la contagion bacillaire qui peut s'effectuer par un seul contact aussi court soit-il. Pour le démontrer l'auteur rapporte des observations prouvant qu'une cohabitation très brève a suffi pour communiquer la tuberculose.

Comme sanction pratique de son travail, M. Bernheim souhaite qu'à l'avenir les pouvoirs publics étendent leur champ d'action et surveillent aussi bien la contagion tuberculeuse que la contagion vénérienne et qu'ils éteignent ainsi cette source de propagation bacillaire.

Du pronostic de la tuberculose

Dr Samuel BERNHEIM, de Paris

L'auteur déclare que chaque clinicien, auquel on

présente un tuberculeux, doit aujourd'hui savoir se prononcer sur l'avenir du malade avec une quasi certitude. On dispose pour cela de différents éléments qui sont passés en revue dans cette étude :

1° D'une part, les nombreux phénomènes morbides et l'état général du sujet ;

2° D'autre part, les éléments bactériologiques et chimiques.

Pour mieux exposer les symptômes cliniques de chaque tuberculeux, l'auteur adopte la classification si claire et si raisonnée du Professeur Bard, ce qui lui permet d'examiner la maladie dans toutes ses formes, sous toutes ses faces et à tous les degrés et de peser les nombreux facteurs susceptibles d'entraîner un des plateaux de la balance.

Mais ce pronostic est singulièrement éclairci par les données bactériologiques et les recherches chimiques. En effet, l'auteur pense qu'il faut se méfier des associations bactériennes, dont on a difficilement raison : c'est ainsi que dans les crachats de certains phthisiques on ne trouve pas ou on trouve peu de bacilles de Koch et un très grand nombre de stéptocoques d'où on peut tirer un pronostic sombre. La situation est grave surtout chez les sujets dont urines sont pauvres en acides libres et riches en phosphate.

M. Bernheim déclare que l'hypoacidité urinaire qui ne se modifie pas sous l'influence d'un traitement soit médical soit hygiéno diététique, est de fort mauvaise augure : la plupart des hypoacides vont à une déchéance rapide et à une mort certaine. Cette analyse régulière des urines est beaucoup plus pratique que la réaction d'Arloing et de Courmont ou bien encore que l'analyse de la combustion chimique de la respiration telle que l'ont exposée MM. Robin et Binet.

L'auteur termine son travail en examinant la valeur de la pesée des malades, de celle de la pneumographie et de la spirométrie et il insiste surtout sur l'importance de l'étude du terrain qui doit jouer un rôle prépondérant pour la solution de ce problème si délicat du pronostic.

Nature et traitement de la migraine

Par M. le Dr FRISSER (de Vienne)

La plupart des auteurs donne à la migraine presque la valeur d'une entité morbide. En général on est tenté d'y voir simplement une névralgie de siège spécial, et la thérapeutique est avant tout symptomatique, visant à combattre l'élément douleur. M. le Dr Frisser, de Vienne, qui a étudié attentivement une série de 29 cas de migraine, a été frappé de l'échec presque régulièrement obtenu par les analgésiques ordinaires et l'étude de ces cas l'a amené à cette conclusion que toujours la migraine n'est qu'un symptôme pouvant relever de causes diverses. Il est des cas où la migraine dépend

exclusivement de troubles utérins, de déplacements en particulier. Parfois une otite moyenne, un catarrhe de la trompe d'Eustache entretiennent l'hémicranie, Mais de toutes les causes de la migraine, il n'en est pas de plus importantes que les troubles digestifs. La constipation chronique, la dilatation de l'estomac, les dyspepsies chroniques sont causes habituelles de migraine. Souvent on ne trouve pas d'autre cause qu'une insuffisante digestion des amylacées. Dans tous ces cas ce n'est qu'en combattant la cause du mal, qu'on pourra l'atteindre. C'est pourquoi dans le traitement de la migraine lorsqu'on a pu établir par exclusion son origine dyspeptique, le premier soin du médecin doit être d'instaurer le régime.

Autant que possible, on introduira dans l'estomac que des aliments de digestion complète et facile ; le thé, le café, les fruits acides seront proscrits et le régime tout entier surveillé exactement. Lorsque le lait est mal supporté, le koumy peut être utile et de cette façon on peut arriver à éloigner les attaques ou même à les faire disparaître.

Au moment de l'accès, le médicament qui, d'après M. le Dr Frisser, donne les meilleurs résultats est le menthol, sous forme de valérianate de menthol suivant la formule.

Valérianate de menthol..... 5 gr.
Eau distillée..... 25 gr.
Sirop de capillaire..... 30 gr.

15 gouttes, 2 fois en une heure.

Chez les anémiques les préparations ferrugineuses sont utiles.

Quant les analgésiques habituellement recommandés, l'antipyrine, la phénacétine, l'antifébrine et plus récemment le salophène, le salol, la lactophénine, M. le Dr Frisser n'en a jamais vu de bien bons résultats. Par contre il s'est bien trouvé de la benzacétine et de la tréphinine. L'une et l'autre s'administrent en cachet de 0 gr. 50.

Dans certains cas, ceux en particulier qui s'accompagnent d'un rétrécissement marqué de la pupille, la caféine rend de très grand services.

On peut employer la formule ci-dessous :

Citrate de caféine..... } ss 0 gr. 50
Menthol..... }
Quinine..... 1 gr.

En 10 paquets 1 toutes les 2 heures.

D'après le Dr Frisser le menthol n'en reste pas moins un des meilleurs analgésiques et l'expérience lui a montré que ce médicament donnait plus que tout autre de bons résultats dans le traitement de la migraine.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

Affection cardiaque complexe intéressant les orifices aortique et mitral

par le professeur DEBOVE.

Je veux vous entretenir d'un malade au lit duquel nous nous sommes fréquemment arrêtés, qui est atteint d'une affection du cœur tellement complexe que les avis les plus différents ont été émis, non pas sur l'existence de son affection cardiaque, mais sur l'interprétation des divers souffles que l'on perçoit en l'auscultant.

B. . . est âgé de trente-sept ans, il est cocher de son état. Son père, âgé de soixante-neuf ans, jouit d'une excellente santé et habite la campagne. Sa mère est morte à quarante-cinq ans après une maladie dont il ne peut préciser la nature et qui aurait duré trois mois. Il a trois frères bien portants.

Lui-même n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de quatorze ans. A cette époque (1879) il eut une première attaque de rhumatisme. Cette attaque dura environ deux mois et ne paraît pas avoir été bien intense, car il ne fut obligé de garder le lit que cinq à six jours. Les douleurs ont débuté par les membres supérieurs, par les mains et les poignets, puis elles se sont portées aux membres inférieurs, en particulier aux genoux. Après sa guérison il reprit dans les champs ses travaux habituels. A l'âge de dix-neuf ans, il vint à Paris, s'employa comme cocher et ne se rappelle pas avoir été jamais malade jusqu'au mois de mars 1900.

A cette date il est allé dans son pays qu'il avait quitté depuis longtemps et il y fut repris de douleurs articulaires. Comme lors de sa première attaque, ses douleurs, d'abord limitées aux mains, s'étendirent ensuite aux membres inférieurs ; cette atteinte paraît avoir été plus sévère, car il fut obligé de rester alité quinze jours et ce n'est que deux mois plus tard qu'il put regagner Paris et reprendre son travail. On ne lui a jamais dit pendant ses maladies qu'il eût un accident cardiaque quelconque.

Du reste, rentré à Paris il a repris son service de cocher et sembla se porter tout à fait bien, jusqu'à il y a cinq mois. Depuis cette époque il a éprouvé des palpitations, des essoufflements, des vertiges, phénomènes qui ont augmenté au point de l'amener à entrer dans notre service. L'examen le plus superficiel permet de constater une grosse affection cardiaque, mais la difficulté commence quand on veut déterminer la cause et la nature exacte de cette affection.

Au premier abord, il paraît très simple de rapporter l'endocardite aux attaques de rhumatisme antérieures ; c'est souvent à cette maladie qu'il faut faire remonter l'origine des lésions valvulaires. Mais les lésions articulaires qu'il a présentées n'étaient peut-être pas causées par le rhumatisme articulaire aigu et si vous examinez ses mains et ses pieds vous y verrez les déformations caractéristiques du rhumatisme chronique. A la main la lésion porte surtout sur les articulations

métacarpo-phalangiennes et la main est inclinée sur le bord cubital ; des lésions similaires existent aux pieds.

Or, si les affections endocardiques sont fréquentes dans le rhumatisme articulaire aigu, elles ne s'observent guère dans le rhumatisme chronique. Vous savez d'ailleurs qu'il ne s'agit pas là d'une seule et même maladie à forme aiguë ou chronique ; qu'il ne s'agit pas de deux formes de rhumatismes, mais de deux entités morbides paraissant essentiellement distinctes. Mais, me direz-vous, il y a eu deux attaques aiguës : ce sont probablement deux poussées aiguës dans le cours d'un rhumatisme chronique ; quoi qu'il en soit, l'existence de cette affection est indéniable.

Nous ne trouvons aucune autre cause d'endocardite qu'une blennorrhagie et l'alcoolisme.

A l'âge de trente-trois ans, il a eu une blennorrhagie qui ne paraît avoir donné lieu à aucune espèce de complication articulaire ou autre. Il avoue s'être copieusement alcoolisé. Il usait des apéritifs et abusait des boissons surnommées hygiéniques telles que le vin.

S'il ne présente plus aujourd'hui de troubles pulmonaires ni rénaux, il n'en était pas de même à son entrée, il avait des traces d'albumine qui ont disparu sous l'influence du régime lacté ; il avait de plus une congestion pulmonaire se traduisant par les râles et par quelques crachements de sang ; la respiration est aujourd'hui redevenue absolument pure et normale.

Vous constatez chez lui un trouble de la circulation périphérique qui fait que les parties exposées au froid (mains, face) rougissent facilement et deviennent parfois absolument violacées. Il n'y a pas d'œdème. Si nous examinons le pouls, nous voyons qu'il est à près normal comme de l'entrée du malade et ne donnait à ce moment que 50 pulsations. Mais il est petit, irrégulier et facilement dépressible. Il a, en un mot, tous les caractères du pouls *mitral* ; nous dirons même plus en raison de sa petitesse, nous dirons qu'il est presque pathognomonique du pouls mitral et qu'en tous cas, il nous permet d'affirmer l'existence d'une affection du cœur que l'examen attentif de cette organe devra préciser. C'est à cet examen que nous allons maintenant procéder.

L'inspection permet de reconnaître une voussure nette, allongée, siégeant sur la partie latérale gauche du sternum ; c'est une voussure analogue à celle qu'on observe dans les hypertrophies ventriculaires gauches, hypertrophie qui, d'ailleurs, existe nettement et sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

On reconnaît à la palpation que la pointe du cœur est abaissée qu'elle bat dans le 5^e espace intercostal et en dehors du mamelon. L'abaissement de la pointe vient confirmer le diagnostic d'hypertrophie du cœur, mais de plus, il permet de percevoir un frémissement cataire, nettement présystolique, caractéristique du rétrécissement mitral.

A la percussion, on constate en avant une matité

augmentée d'étendue, telle qu'on observe plus particulièrement dans hypertrophies ventriculaires gauches: En arrière du tronc entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale on perçoit une augmentation de la matité auriculaire indiquant une distention de l'oreillette gauche ainsi que cela se produit habituellement dans le rétrécissement mitral.

(A suivre)

Rachitisme Intra-uterin

M. ABBOTT cite le cas suivant observé chez une enfant de quatorze mois : d'une taille au-dessous de la moyenne, d'aspect chétif, le sujet présentait une tête volumineuse, des yeux saillants, des maxillaires encore dépourvus de dents, des membres déformés. Le crâne, dans son aspect général, n'avait pas l'aspect typique du rachitisme ; la fontanelle antérieure était largement ouverte. Les déformités existaient depuis la naissance et l'incurvation spétiale des cuisses était caractéristique de la position du fœtus dans l'utérus. La courbure de la jambe droite présentait sa concavité en avant et en dehors ; la jambe gauche au contraire était convexe en avant et en dedans de façon à se placer et à s'adapter sur la jambe opposée. Les os étaient mous et très flexibles. Cette fille provenait d'une grossesse gémellaire et, selon la mère, la déformation des membres inférieurs existait au moment de la naissance. Le jumeau du sexe masculin présentait les mêmes lésions mais à un degré moindre.

L'enfant mourut et l'examen microscopique des os montra les lésions typiques du rachitisme. M. Abbott estime que ce cas ne laisse pas de doute sur le développement, dans l'utérus maternel, des lésions rachitiques ; et l'observation de cette enfant, qui présentait dès la naissance ces déformations osseuses, jointe à quelques cascités par les auteurs, établit la possibilité du rachitisme intra-utérin. (*Pediatrics*,—*Gaz. des hôp.*)

De l'emploi des rayons Röntgen pour deceler les calculs biliaires

M. C. BROK (de New-York) serait parvenu, plus heureux que ses devanciers dans cet ordre de recherches, à déterminer, dans quelques cas, la production d'ombres permettant de deceler la présence de calculs biliaires ; il y a réussi après de multiples recherches, en diminuant le temps de pose, ayant remarqué que, plus on le prolongeait, plus s'accroissait l'ombre du foie au détriment des calculs.

Beck conseille d'utiliser une pose de 10 minutes environ, suivie d'une deuxième plus courte (cinq minutes). Il convient d'employer, pour ce genre de recherche des tubes pouvant supporter de très forts courants électriques et donner une intensité de lumière considérable.

Pour éviter toute cause d'erreur, l'intestin doit être au préalable, débarrassé de son contenu. Le patient doit être mis dans une position telle que la région avoisinant la vésicule biliaire soit rendue proéminente. L'éclairage doit être non vertical, mais latéral, afin d'éviter, autant que possible, l'obstacle apporté par le foie dont le tissu laisse difficilement passer les rayons Röntgen. (*Centralbl. f. chir.*,—*Gaz. des hôp.*)

Rachitisme et allaitement artificiel

M. le Dr Variot étudie, dans un récent article de la *Tribune Médicale*, les rapports du rachitisme et de l'allaitement artificiel et il montre preuves à l'appui que le rachitisme ne provient pas de l'allaitement artificiel, ni du lait stérilisé, mais du sevrage prématuré et de l'alimentation trop précoce.

" Médecins et chirurgiens, dit-il, en présence d'un grand rachitique avec déformation des leviers osseux, tuméfaction des épiphyses, etc., ne manquent guère de dire : " C'est un enfant élevé au biberon " ; et, dans la grande majorité des cas, cette présomption répond à la réalité. On se contente généralement de cette seule information donnée par les mères, et l'on incrimine l'allaitement artificiel, sans rechercher avec quel lait l'enfant a été nourri, comment il était réglé, s'il était ou non suralimenté, s'il a reçu prématurément des mixtures fermentescibles ou amylacées, des panades, etc. Et cependant, nous savons tous que les nourrissons au biberon, dans la classe populaire, reçoivent beaucoup plus tôt des bouillies que les enfants au sein, et que l'on surmène leurs fonctions digestives d'autant plus qu'ils assimilent moins, qu'ils croissent moins vite par conséquent. Le préjugé grossier qui consiste à croire que si les nourrissons ne viennent pas, c'est que le lait n'est pas un aliment assez fort, est extrêmement répandu ; d'où l'usage si commun des bouillies féculentes, des soupes que l'on substitue trop tôt au lait. Telle est l'origine habituelle des dyspepsies infantiles, qui aboutissent à l'atrophie et qui troublent le processus d'ossification pour engendrer le rachitisme.

Pour peu que l'on réfléchisse à cette question, on reconnaît que les facteurs alimentaires du rachitisme sont multiples, et qu'il faut les analyser exactement pour formuler une opinion rigoureuse, conforme à nos méthodes récentes d'observation pour tout ce qui touche à l'allaitement.

Après enquête minutieuse dans les crèches et au Dispensaire de Belleville, M. Variot croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° L'allaitement artificiel exclusif au lait stérilisé, même commencé dès la naissance chez des enfants normaux, ne détermine pas le rachitisme pourvu que toutes les règles pour éviter la suralimentation soient strictes.

ment observées. Ces conditions sont plus souvent réalisées dans la classe aisée :

2° Dans les " Gouttes de lait ", c'est-à-dire chez les enfants de la population pauvre des faubourgs de Paris, on ne rencontre jamais de rachitiques ayant de grandes déformations du squelette, à moins qu'ils n'aient été apportés tardivement; à l'âge de six mois, un an et plus ;

3° Les nourrissons élevés dans les " Gouttes de Lait " par des mères soigneuses et dociles, ne sont pas plus rachitiques que ceux de la classe aisée ;

4° Il n'est pas rare de relever des vestiges de rachitisme chez les enfants du peuple nourris au lait stérilisé ; mais presque toujours, dans ces cas, il y a eu des fautes commises par les mères, très habituellement, malgré nos recommandations, on donne des quantités excessives de lait, il y a suralimentation, ou bien la mère administre des bouillies ou des panades dès les premiers mois.

Autant l'allaitement au sein est chose simple, et échappant pour ainsi dire à toute réglementation dans l'immense majorité des cas, autant l'allaitement artificiel exige de soins, de précautions et, disons plus, de connaissances précises. C'est une erreur de presque toutes les mères de croire qu'il suffit d'avoir du lait et un biberon pour nourrir leur enfant quand elles ne peuvent donner le sein. Elles remplissent le biberon et laissent boire le nourrisson à volonté ; quand il crie, le jour, la nuit, on donne la bouteille, et l'on détermine ainsi les troubles dyspeptiques habituels de la suralimentation, vomissements, diarrhée, etc. Pour l'allaitement, comme pour tout autre chose, il est difficile de copier la nature, et, Guéniot l'a dit il y a longtemps, c'est tout un art d'élever les enfants au biberon.

Il faut savoir choisir la bouteille et la tétine, les aseptiser, veiller à ce que les trous et la tétine soient fins pour que le lait ne coule pas trop vite dans la bouche ; il faut employer du lait stérilisé de bonne qualité, tout au moins à Paris ; il faut graduer les tétées suivant les variations de la capacité physiologique de l'estomac aux divers âges : il faut espacer convenablement les prises de lait, régler l'enfant la nuit, il faut éviter les coupages avec les mixtures fermentescibles malsaines...

Avec ces multiples précautions, le rachitisme ne se développe pas. D'ailleurs, une preuve indirecte que le lait n'est pas le facteur principal dans la genèse du rachitisme me paraît résulter de ce fait bien connu, à savoir que les modifications rachitiques du thorax, le cha-pelet costal, les tuméfactions légères des épiphyses, etc., ont leur maximum de fréquence au cours de la deuxième année, c'est-à-dire à l'époque du sevrage, alors que l'on substitue les soupes et les bouillies au lait fourni par la mère, ou donné à la bouteille. A ce moment, on met les enfants à la table commune, on ne sait pas résister à leurs caprices, et, dans le peuple, les mères croient que lorsque le lait fait défaut, les enfants doivent manger comme tout le monde. Le sevrage n'est pas considéré comme une période durant laquelle le lait de vache

doit être substitué au lait de la mère, et les aliments plus solides doivent être ajoutés progressivement et avec prudence. La plupart des femmes qui ont allaité au sein n'aiment pas à donner d'autre lait que le leur et passent sans transition à l'alimentation ordinaire, d'où la fréquence du rachitisme de sevrage.

En résumé, on peut affirmer dehors de l'allaitement maternel que rien ne saurait remplacer, l'emploi du lait stérilisé nous donne une sécurité presque égale à la nourrice mercenaire. En principe, le lait de femme est incontestablement supérieur à celui des animaux, mais dans la pratique, quand la mère est incapable d'allaiter, il y a tant d'aleas, soit que la nourrice perde son lait ou qu'elle devienne malade, soit qu'elle ait une mauvaise conduite et qu'on soit obligé de la chasser, etc..., que je conseille volontiers l'allaitement artificiel pour un enfant normal à la naissance. Je réserve la nourrice comme une dernière ressource, au cas où l'enfant viendrait à ne pas prospérer.

(Le concours Médical)

L'hypertrophie de l'amygdale linguale

M. le Dr *Rosenthal*, de Lyon, a consacré sa thèse à l'étude de l'amygdale linguale et de son hypertrophie.

" Il existe à la base de la langue, dit-il, une série de glandes folliculeuses, placées directement sous la muqueuse. Ces glandes présentent une texture anatomique analogue à celle des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée. C'est ce qui a engagé à donner le nom d'amygdale linguale ou quatrième amygdale, à l'ensemble de les glandes folliculeuses.

Cette amygdale est sujette à une affection lui appartenant en propre : l'hypertrophie des tissus concourant à sa formation.

Cette hypertrophie, qui présente une étiologie des plus complexes, est plus souvent constatée chez l'adulte que chez l'adolescent, quoique ce soit chez ce dernier qu'elle présente son maximum d'évolution.

Elle est caractérisée par deux sortes de phénomènes : les uns objectifs, constatables au laryngoscope : les autres, subjectifs, fonctionnels ou réflexes, sensations de corps étranger, nausées, troubles de la phonation, etc., pouvant acquérir un certain degré de gravité et donnant lieu à des erreurs de diagnostic.

Le traitement s'adresse directement à la partie hypertrophiée, et a pour but, sinon la destruction, du moins la réduction de la partie hypertrophiée,

Le traitement de choix est, soit la galvano-cautérisation, soit le morcellement : ce dernier, de préférence, dans les hypertrophies considérables.

On peut, d'ailleurs, combiner les deux modes, pour hâter la guérison.

La destruction de l'hypertrophie devra être faite en plusieurs séances, suivant le degré qu'elle a atteint.

Dans le cas de coïncidence de diathèse, il sera utile de combattre cette diathèse par un traitement approprié, ce qui hâte toujours la guérison de l'hypertrophie."

(*Le concours médical.*)

CHIRURGIE

Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical

par M. le Dr Robert S. KOLBE

Dans ce travail considérable ne comportant pas moins de 253 pages de texte, l'auteur traite un sujet qui a été considéré jusqu'à ces dernières années comme dépendant, sans discussion, du domaine de la médecine interne. Bientôt celle-ci se verra obligée de laisser le champ libre à la chirurgie.

Le spectacle le plus douloureux que l'on puisse imaginer n'est-ce pas celui d'un cancéreux dépérissant de jour, d'heure en heure et marchant plus ou moins lentement vers la mort et cela, mais même avoir la consolation de mourir tranquillement, mais au milieu des pénibles tortures de la faim et de la soif ? Quand on pense que la cause de ces souffrances, d'une issue fatale, inévitable, est une lésion toute local et souvent encore, non généralisée, on comprendra aisément que la première préoccupation du chirurgien doit être de songer aux moyens de sauver son prochain en détresse.

Après avoir examiné successivement l'histoire de la question, l'anatomie topographique de la région épigastrique, l'histologie de l'estomac, l'étiologie, la pathologie et la durée de la gastro carcinose, l'auteur consacre un long chapitre à la symptomatologie et aux moyens d'investigation, puis il établit le diagnostic, la prophylaxie et le traitement du cancer de l'estomac ; il indique le manuel opératoire de la pylorotomie, de la gastro-entérostomie et les soins post-opératoires. Il aborde ensuite la gastrostomie dans le cancer du cardia, la duodénostomie, la jéjunostomie et l'exclusion du pylore.

Enfin, il passe en revue les résultats immédiats ou éloignés des opérations du cancer de l'estomac, et, avant d'énumérer les observations se rapportant à 39 gastrectomies et à 96 cas de gastro-entérostomies pratiquées jusqu'au 1er juin 1901 il tire de son travail les conclusions suivantes :

Par ses résultats immédiats et éloignés, la chirurgie gastrique s'impose à l'heure actuelle dans certaines gastropathies, mais surtout dans les sténoses du pylore.

Tout médecin doit connaître à fond les progrès réalisés dans le traitement chirurgical des maladies de l'estomac ; c'est ainsi qu'il ne passera pas le moment opportun pour l'intervention sanglante.

Les maladies de l'estomac arrivent généralement trop tard dans les mains du chirurgien.

Les résultats opératoires et thérapeutiques seront d'autant plus brillants que le traitement chirurgical sera plus précoce.

Le cancer de l'estomac est guérissable ; son évolution lente autorise l'intervention chirurgicale, avec le même droit que pour le cancer du sein, de la langue, de l'utérus, etc., même dans les cas de carcinose péritonéale, les chances de survie assez longue ne sont pas exclues.

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est désirable ; dans les cas douteux, le sujet doit être soumis à la laparotomie exploratrice.

Dans la sténose pylorique carcinomateuse, le malade bénéficie de l'intervention chirurgicale, non seulement en tant qu'affection sténosante, mais encore en tant qu'affection cancéreuse.

Tout néoplasme extirpable doit être enlevé. La résection est toujours le procédé favorable.

Dans les cas où on doit s'attendre à une sténose pylorique, il faudra faire une gastro-entérostomie préventive.

Il faut faire dans les sutures gastro-intestinales trois plans de sutures.

Il faut alimenter bientôt les opérés pour remonter le malade et aussi pour éviter les complications pulmonaires.

L'emploi des hypodermoclyses d'eau physiologique, avant et après l'opération, est très recommandable.

Les lavements nutritifs et stimulants sont utiles.

Les résultats opératoires de la gastrectomie totale dans la gastrocarcinose n'autorisent pas cette intervention à moins de ptose très prononcée.

La cardiectomie est encore très dangereuse.

La duodénostomie ou la jéjunostomie ne valent pas la gastro-entérostomie.

Dans le cancer sténosant du cardia, la gastrostomie est préférable à la jéjunostomie.

L'hémodiagnostic de la gastro-carcinose ne permet pas encore des conclusions sûres ou pratiques.

(*Gaz. des hôp.*)

Traitement chirurgical de la fissure anale

par le Dr GUSSENBAUER

Les érosions superficielles de la muqueuse anale de date récente guérissent rapidement par la régularisation des selles au moyen de laxatifs, par la désinfection de la région anale et l'application de pommades à base d'iodoforme ou de dermatol.

Il n'en est plus de même lorsque la fissure intéresse toute l'épaisseur de la muqueuse, et le tissu sous-muqueux, quand ses bords sont indurés, quand la petite

plaie est infectée et que la douleur violente, causée par la défécation, détermine un spasme plus ou moins violent de l'anus.

On peut alors essayer d'abord la cautérisation de la partie malade mais dans l'immense majorité des cas, on devra avoir recours au traitement opératoire.

La meilleure méthode consiste alors dans la dilatation forcée du sphincter anal, préconisée par Recamier. C'est celle qu'emploie habituellement Gussenbauer. Elle est supérieure à la dilatation graduelle au moyen de bougies telle que la pratiquaient Béclard, Marjolin, Richerand et qui ne fait que prolonger les souffrances du patient. Ces auteurs opéraient sans chloroforme, et l'invention était très douloureuse.

M. Gussenbauer pratique toujours la dilatation dans la narcose chloroformique et se garde soigneusement d'employer une violence trop grande. Il ne faut donc pas introduire les pouces, plusieurs doigts, la main entière, voire même le poing dans l'anus, comme on le faisait autrefois. L'auteur introduit d'abord un index avec précaution, puis le second index et fait alors la dilatation en écartant les deux doigts en sens diamétralement opposé jusqu'au moment où le sphincter lui paraît suffisamment relâché. La portion anale est ensuite irriguée avec une solution d'acide salicylique, essuyée avec un tampon et la fissure saupoudrée d'iodoforme ou tamponnée à la gaze iodoformée et recouverte d'un pansement sec. On emploiera un pansement humide quand il existe des complications telle par exemple qu'hémorroïdes, etc.

La douleur persiste environ deux heures après la narcose, les défécations se font sans douleurs et en peu de jour les malades sont guéris. L'incontinence fécale disparaît rapidement, Gussenbauer insiste sur le fait que la narcose doit être profonde afin que la contraction du sphincter anal soit commença la dilatation. L'anesthésie est toujours nécessaire à moins de complications cardiaques graves.

(Journ. de méd. de Paris.—Gaz. méd. Belge.)

Kyste dermoïde du testicule

(M. MORRIS.) Cette affection est peu fréquente. Kocher en a relevé 114 cas dans la littérature médicale. Senn dit que la plupart des cas décrits sous le nom de tumeurs dermoïdes du testicule ne méritent pas cette appellation car, souvent, il s'agissait de dermoïdes du scrotum. L'observation de M. Morris semble bien avoir trait à un véritable kyste dermoïde du testicule. L'hypertrophie du testicule gauche remontait à l'enfance et le sujet était en observation depuis l'âge de douze ans. Avant cet âge, il se portait bien et le testicule augmentait de volume sans provoquer de douleur. C'est seulement vers l'âge de onze ans que la tumeur subit une évolution plus rapide, déterminant alors, en raison de

son volume, une certaine gêne. Au moment où on l'opéra, elle avait le volume d'un œuf de dinde, présentait une grande dureté et aurait pu être sciée. Elle renfermait des cheveux, de la matière sébacée et deux dents. (Saint-Louis med. Journ.—Gaz. des hôp.)

DERMATOLOGIE

Le traitement externe de l'acné vulgaire

par M. LEREDDE.

(Suite)

II. ACNÉS PROFONDES.—Lorsque l'acné est compliquée de papules, de pustules et de nodules profonds, le médecin doit *toujours* essayer de faire un traitement énergique. J'ai été souvent surpris de voir de grands acnéiques défigurés depuis plusieurs années qui n'avaient jamais été soignés d'une manière correcte, c'est-à-dire active ; la thérapeutique la plus brutale est la meilleure, quand elle peut être supportée, *ce qui est la règle*, et elle donne des succès remarquables dans des cas qui paraissent rebelles lorsqu'on ne sait pas la manier.

Cette thérapeutique brutale repose sur l'emploi du traitement exfoliant.

La méthode exfoliante est destinée à produire une inflammation aiguë, mais passagère, du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, qui sera suivie d'une décongestion passagère ou durable suivant l'intensité de la réaction et le cas particulier pris et traité. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement ; au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures paraissent des squames épaisses, d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours, c'est une véritable exfoliation.

On peut se servir dans ce but de pâtes et de lotions.

Axonge benzoïnée.....	28 grammes.
Oxyde de zinc.....	10 —
Ceyssatite.....	2 —
Résorcine.....	40 —
	(Unna.)

Vaseline.....	25 grammes.
Savon noir.....	25 —
Soufre précipité.....	50 —
Naphol B.....	10 —
	(Lassar.)

Vaseline.....	25 grammes.
Savon noir.....	25 —
Amidon.....	25 —
Soufre.....	25 —
Résorcine.....	5 —
Acide salicylique.....	5 —
Naphtol B.....	5 —
	(Besnier.)

Nous avons donné plus haut un type de lotion exfoliante :

Teinture de savon de potasse	
à 1/5.....	40 grammes.
Résorcine.....	10 —
Soufre précipité.....	10 —
	(Darier.)

On voit qu'un certain nombre d'auteurs ont ajouté du soufre aux autres agents qui sont essentiellement des kératolytiques forts et des agents réducteurs. La raison me paraît être la suivante :

Le soufre a passé longtemps pour le remède héroïque de l'acné, il était bien naturel de l'adjoindre aux autres agents. Il faut reconnaître qu'employé à doses fortes, sous forme de pâtes, et en applications courtes, il n'a pas les propriétés irritantes qu'il a dans d'autres conditions.

Mais pour ma part, après expérience faite, je crois que les pâtes les plus simples et les plus énergiques sont les meilleures de toutes, et à toutes celles que j'ai énumérées je préfère la pâte résorcinée. On l'applique tous les huit jours sur la peau, après un savonnage léger ; on le laisse en place quinze à vingt, vingt-cinq minutes suivant le cas, je l'ai même appliquée quarante minutes. Mais il est tout à fait dangereux de prolonger autant l'application d'emblée et on ne doit arriver à la faire aussi longue que peu à peu en augmentant chaque fois la durée de cinq minutes, par exemple. Il est nécessaire, dans les cas difficiles, d'agir très profondément, et par suite de tâter la sensibilité de la peau du malade, pour tâcher d'avoir sans effets nuisibles le maximum d'effets utiles. Le traitement exfoliant sous cette forme se heurte à plusieurs difficultés, les préparations doivent être appliquées par le médecin, il est nécessaire de voir le malade assez souvent pour juger de l'effet produit, de l'intensité des réactions inflammatoires et de la possibilité d'augmenter la durée des applications sans danger pour la peau. L'exfoliation, quand on la fait assez énergique pour obtenir un résultat important, et il est presque toujours, sinon toujours, nécessaire de la faire telle, surtout si l'on veut aller vite, constitue à vrai dire un traitement d'hôpital ou de maison de santé.

Les résultats du traitement sont des plus actifs, et les médecins qui ne les connaissent pas ne peuvent avoir une idée de l'amélioration qu'on peut produire chez les grands acnéiques, de la véritable transformation outanée qui en est la suite. Pour ma part, j'ai déjà vu souvent des malades, qui pendant un temps fort long avaient soigné leur acné sans résultat appréciable, presque guéris après cinq ou six applications exfoliantes. Une fois le nettoyage principal terminé, on peut revenir à une thérapeutique douce, mais je crois qu'il vaut mieux espacer les séances d'exfoliation ; chez beaucoup d'acnéiques, il suffit d'en faire une tous les deux ou trois mois pour maintenir la peau dans un état parfait au point de vue esthétique.

J'ai à peu près renoncé aux autres méthodes de traitement de l'acné inflammatoire.

On se contente souvent de faire un traitement soufré plus ou moins énergique et d'ouvrir les pustules. Le soufre a une action trop superficielle pour guérir les acnés tant soit peu profondes. Si l'on veut obtenir une amélioration sérieuse, il faut le combiner à un traitement kératolytique dont nous avons indiqué les moyens plus haut. Mais même de cette manière, on n'atteindra que rarement la guérison, qui résultera au bout de plusieurs années de l'évolution spontanée de la maladie, mais le malade aura été obligé de se soigner d'une manière presque continue pendant plusieurs années.

Le traitement par les mercuriaux, quand il est pratiqué avec énergie, a une action plus profonde que le traitement soufré et peut être employé dans l'acné pustuleuse. On emploiera les emplâtres, qui sont le moyen quand on recherche une action profonde sur la peau ; l'emplâtre de Vigo en particulier à condition qu'il soit d'une excellente qualité. En Allemagne, on augmente quelquefois l'effet des emplâtres en les couvrant de cataplasmes chauds. Je n'ai pas d'expérience de la pommade à l'oléat d'oxyde jaune de mercure de Shœmaker.

Quant à l'ouverture des pustules au galvano cautère ou au scarificateur, qui doit être suivie d'une expression douce destinée à les vider, il peut arriver qu'elle soit nécessaire. Mais l'important chez les acnéiques est d'empêcher les pustules de se reproduire et d'éviter ainsi non seulement la présence de lésions désagréables d'aspect, mais de cicatrices ultérieures définitives. L'exfoliation permet d'obtenir ce résultat ; quant à l'ouverture des pustules, elle ne constitue qu'un moyen palliatif, c'est le traitement d'un accident mais non le traitement de l'acné.

Résumé du traitement de l'acné de la face. Règles pratiques. — Nous avons cherché dans ce qui précède à faire un exposé assez méthodique pour que le lecteur puisse bien comprendre pourquoi il doit employer une préparation déterminée et l'effet qu'il peut en attendre. Au point de vue pratique, on peut distinguer entre les acnés superficielles, et les acnés profondes. Dans les premières, le traitement devra être combiné de manière à gêner peu le malade ; à cet effet les lotions biquotidiennes sont extrêmement utiles. Si la peau du malade est tolérante, on pourra faire une fois par semaine une application énergique, par exemple un badigeonnage avec la lotion soufrée et additionnée d'alcool camphré ou de carbonate de potasse.

Toutes les fois qu'on aura affaire à une acné profonde, on devra déclarer au malade qu'il ne peut guérir sans un traitement énergique. Plus celui-ci sera énergique, plus la guérison sera rapide, et pour la plupart des malades, il vaudra mieux avoir recours au traitement le plus brutal, c'est-à-dire à l'exfoliation. Ses dangers sont nuls lorsque le traitement est surveillé.

Les cas les plus difficiles à traiter ne sont pas ceux

d'acné profonde, car celle-ci ne s'observe guère que chez des malades dont la peau est résistante et peut parfaitement supporter le traitement le plus énergique, mais des cas d'acné de moyenne intensité, étendue, chez des sujets dont la peau est fine, chez lesquels l'état séborrhéique est modéré, presque toujours des jeunes filles ou des jeunes femmes.

Dans ce cas, l'expérience du médecin jouera un rôle essentiel, il devra souvent faire, s'ils veulent réellement guérir le malade, un traitement assez actif, par le soufre et les kératolytiques, mais de préférence des applications assez éloignées les unes des autres pour que l'irritation produite un jour ne s'ajoute pas à celle de la veille. Dans l'intervalle des applications, on fera usage de tous les agents destinés à décongestionner la peau, des poudres (talo, lycopode, amidon), des pâtes de zinc lorsque l'irritation sera apparente. Nous avons déjà donné la formule d'une pâte de zinc qui convient parfaitement dans ces cas :

Oxyde de zinc.....	} aaaa
Amide.....	
Huile de lin.....	} aaaa
Eau de chaux.....	

On pourra aussi faire des applications de préparations plus fortes pendant quelques heures seulement, mais chercher la guérison au moyen de préparations qui n'agissent qu'en surface, c'est imposer aux malades une peine inutile et un travail illusoire.

Acné du tronc. — L'acné du tronc est d'un traitement facile parce qu'on n'a pas à compter, sauf exception des plus rares, avec des réactions de la peau. La séborrhée sera attaquée par les bains sulfureux, précésés au besoin de frictions au savon noir, suivis d'applications de poudres, par les pâtes soufrées fortes dont nous avons donné des exemples, associées à l'acide salicylique :

Huile d'amandes douces.....	15 grammes.
Soufre précipité.....	12 —
Acide salicylique.....	3 —

S'il existe des pustules et des nodules profonds, on fera systématiquement l'exfoliation. Les nodules persistants pourront être scarifiés ; si les foyers de suppuration ne s'ouvrent pas, on emploiera le galvano cautère pour les vider.

(Gaz. des hôp.)

PEDIATRIE

Traitement de la bronchite simple chez l'enfant
par le docteur DAGUSAN.

Les vésicatoires sont à rejeter.

Si, en même temps que la bronchite, on note des

phénomènes d'embaras gastrique, on pourra associer du jalap ou de la scammonée à l'ipéca.

M. Comby préconise de plus la potion suivante à prendre en 4 ou 5 fois dans l'espace d'une heure :

Sulfate de souge.....	10 grammes.
Tartre stibié.....	0,05 centigr.
Sirop simple.....	10 grammes.
Eau distillée.....	120 —

M. Saint-Philippe vante beaucoup l'iodure d'arsenic qu'il formule comme suit :

Iodure d'arsenic.....	0.30 centigr.
Eau distillée.....	50 grammes.

Faire dissoudre à froid.

Débuter par 5 gouttes à chaque repas, augmenter d'une goutte matin et soir, et arriver progressivement à quinze et même vingt gouttes à chaque repas. Rester à la dose maxima pendant environ un mois. Redescendre en sens inverse et en suivant les mêmes proportions jusqu'à cinq. Se reposer huit à dix jours et recommencer comme avant.

Quant à tarir les sécrétions, on y arrive facilement par l'emploi des balsamiques : tolu, térébenthine, benjoin, ou par des astrigents comme le tanin, l'extrait de ratanhia.

Dans le traitement général, on aura surtout en vue le tempérament du malade.

Le lymphatisme domine, avons-nous dit : il faut le traiter par l'huile de foie de morue à hautes doses : 20, 30, 60 grammes par jour, si elle est bien supportée. Dans le cas contraire, la remplacer par du sirop iodotannique, mais donner toujours de l'iode, qui a une action reconstituante manifeste.

Aux rachitiques on donnera du phosphate de chaux de l'huile phosphorée.

Aux débilités, du sirop d'iodure de fer, du protoxalate de fer. Les toniques ne doivent pas être négligés, mais sous cette dénomination nous nous en voudrions de comprendre les préparations plus ou moins en faveur dans le public et qui sont à rejeter comme étant à base d'alcool.

Enfin chez les enfants arthritiques on ordonnera les cures alcalines et arsenicales. Une saison au Mont-Dore, aux Eaux-Bonnes, à Royat, la Bourboule, Eng-hien, amènerait une grande amélioration. Mais ce genre de traitement n'étant pas à la portée de tous, on fait prendre avec avantage des préparations arsenicales soit en granules, soit en solution, à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour.

Telles sont les règles générales du traitement. Mais ainsi formulé, il ne saurait être complet. Il faut faire intervenir l'hygiène.

Le malade doit être soumis à une alimentation choisie, substantielle et de digestion facile. Le lait, les

œufs, les laitages, les purées de viande et de légumes en seront la base.

Pendant les poussées aiguës : séjour à la chambre et repos au lit.

(*J. de méd. de Paris — Gaz. méd. belge*)

Thérapeutique et Matière Médicale

De l'emploi du chlorate de soude dans le traitement des gastropathies et spécialement des hyperchlorhydries

par le Dr Maurice SOUPAULT.

Le chlorate de soude a été introduit dans la thérapeutique des affections de l'estomac par M. Brissaud. En 1893, cet auteur présentait au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences des observations de cancers de l'estomac très améliorés par l'usage de ce médicament : "A la suite de l'administration du chlorate de soude aux doses de 12, 14, 16 grammes par jour, on voit les mélasna, les hématomésés, les douleurs cesser totalement. La cachexie, disparaît et la tumeur s'évanouit dans les six semaines. En somme, ce traitement amène un soulagement considérable, sinon une guérison absolue."

Des observations semblables ont été rapportés par M. Huchard et une thèse récente de Labelle a, en 1894, réuni les documents publiés à ce sujet.

Au lieu de limiter l'emploi du chlorate de soude aux seuls cancéreux, je l'ai prescrit depuis plusieurs années à un grand nombre de dyspeptiques de toute catégorie, et j'en ai obtenu de si bons résultats que je crois intéressant de les faire connaître.

La dose que j'ai prescrite était sensiblement moins élevée que celle qu'a conseillée M. Brissaud. Je n'ai jamais dépassé la dose maximum de 8 grammes.

Il faut savoir que le chlorate de soude à haute dose est toxique. Il peut produire de l'albuminurie. M. Lépine a signalé la production dans le sang de méthémoglobine, des accidents bulbares. A la dose de 5 à 8 gr. par jour, continué même pendant plusieurs mois, aucun accident n'est à craindre. Du moins n'en ai-je, pour ma part, jamais observé chez mes malades, quoiqu'un très grand nombre d'entre eux aient été très surveillés, notamment au point de vue de l'albuminurie. Cependant; je me suis toujours systématiquement abstenu de prescrire ce médicament aux individus atteints de lésions rénales.

Je prescris habituellement le chlorate de soude sous forme de paquets de 2 à 4 grammes, à prendre deux ou trois fois par jour dans une infusion tiède, aussi loin que possible des repas, afin que le médicament puisse agir plus directement sur la muqueuse de l'estomac. Ce traitement doit être continué assez longtemps, un ou deux mois.

D'une façon générale, on peut dire que tous les dyspeptiques sont nettement améliorés par le chlorate de soude. Dans le cancer, comme l'a bien indiqué M. Brissaud, les douleurs les nausées, les vomissements s'atténuent ou disparaissent; le malade mange plus copieusement et avec moins de dégoût, les hématomésés cessent. Aussi voit-on l'état général des malades s'améliorer. Par contre, je n'ai jamais vu diminuer aucune tumeur gastrique. Dans les gastrites chroniques, qu'elles que soient leur cause et leur forme anatomique, les résultats obtenus sont également très appréciables. Mais c'est surtout dans la dyspepsie hypersthénique, ou hyperchlorhydrie, et les états gastriques qui en dépendent (gastrosuccorrhée et ulcère de l'estomac), que l'action du chlorate de soude m'a paru avoir une heureuse influence. Chez bien des malades très insuffisamment soulagés par les alcalins, le régime et même les médicaments, ce sel a amené en peu de jours une véritable transformation dans leur état et un résultat durable. Dans les périodes de crises paroxystiques, si fréquentes chez les hyperchlorhydriques et les ulcéreux, on obtient des résultats particulièrement brillants.

Par contre, dans dyspepsie asthénique (dyspepsie norveuse ou nervo-motrice de A. Mathieu), l'action est douteuse ou tout au moins très insuffisante.

On peut se demander comment agit le chlorate de soude. Il est probable que ce sel astringent atténue dans une large mesure les phénomènes inflammatoires en diminuant le catarrhe et la congestion de la muqueuse gastrique, peut être en cicatrisant les érosions et les ulcérations superficielles, la conséquence en est la disparition de l'hyperesthésie et de l'hyperexcitabilité de l'estomac. Les troubles dyspeptiques sont, en dernière analyse, des actes réflexes dus à une sensibilité excessive de la muqueuse gastrique. En modérant cette hyperexcitabilité, on arrive à atténuer les phénomènes morbides. Naturellement, au cas où les douleurs, les vomissements et les autres troubles pathologiques sont dus à des lésions anatomiques des orifices, comme dans les sténoses pyloriques, par exemple, les malades ne retirent aucun bénéfice de l'emploi du chlorate de soude.

On peut se demander quelle est l'action de ce médicament sur la sécrétion gastrique. Les recherches que j'ai faites jusqu'ici, et qui d'ailleurs portent uniquement sur des hyperchlorhydriques, ne sont pas assez nombreuses ni assez approfondies pour me fournir une opinion définitive. Cependant, il ne m'a pas semblé que le taux des différents éléments du suc gastrique fût notablement modifié. L'acidité est peu modifiée et la valeur des différents éléments, chlorés est sensiblement la même. Par contre, je puis affirmer que la sécrétion diminue de quantité, et chez les malades dont l'estomac sécrète à faire du suc gastrique non mêlé de résidus alimentaires (gastrosuccorrhéiques), il n'est pas rare de voir s'atténuer dans de fortes proportions ou même disparaître tout à fait cette anomalie de la sécrétion.

(*Nouv. Remèdes — Gaz. hebdomadaire de méd. chir.*)

**De l'emploi de la levure de bière en thérapeutique :
Histoire. Indications. Mode d'emploi**

par le Dr DURAND (de Caluire.)

Depuis quatre ans bientôt que la levure de bière est entrée dans la thérapeutique, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet. Il nous a semblé intéressant de les collectionner et de tirer de cette revue rapide quelques indications pratiques.

Dès 1894, le Dr Debouzy (de Wignehies, Nord) observait empiriquement que la levure de bière était fréquemment employée dans le monde des brasseurs pour traiter les furoncles et les anthrax. Il eut lui-même l'idée de l'essayer dans le diabète, dont le furonculose est une manifestation si fréquente et il obtint quelques résultats assez satisfaisants au point de vue de la glycosurie même.

Deux ans après, un médecin de Lille, le Dr Gabert, publiait dans le *Journal des Sciences médicales de Lille* une observation analogue.

En 1879, Cassaët et Baylot donnaient, dans le *Bulletin médical de Bordeaux*, les résultats qu'ils avaient obtenus dans le traitement du diabète sucré par la levure de bière fraîche :

- 1° Diminution notable de la quantité de sucre dans les urines, le régime alimentaire restant le même.
- 2° Amélioration notable de l'état général au point de vue des forces et du poids.
- 3° Disparition des douleurs.

Mais c'est dans le service de Brocq que les essais thérapeutiques les plus intéressants ont été faits. Dans ces Conférences cliniques de l'hôpital Pascal, il montre, en 1898, plusieurs enfants atteints de furonculose généralisée et d'autres dermatoses suppurées (impétigo acné) traitées avec le plus grand succès par la levure fraîche.

Il résume dans la *Presse médicale* (1899) les résultats obtenus, particulièrement dans le traitement des furoncles et anthrax : 1° atténuation rapide de la douleur le furoncle évolue bien plus rapidement vers la suppuration ; la zone inflammatoire est notablement diminuée et les complications périphériques si douloureuses (œdème, lymphangite) complètement supprimées ; 3° enfin et surtout la levure empêche l'ensemencement de nouveaux furoncles et abrège d'autant la durée de la maladie.

Des résultats analogues sont obtenus dans les hydrosadénites de l'aisselle, dans les acnés phlegmoneuses, dans les folliculites suppurées de la lèvre supérieure ; en résumé, dans toutes les lésions cutanées à tendance suppurative et dont le staphylocoque est l'agent pathogène.

Dans ses conclusions, Brocq tend à considérer la levure de bière comme le spécifique de la furonculose (qui est le type des infections staphylococciennes) au même titre que la quinine pour le paludisme et le mercure pour la syphilis.

Brocq a toujours employé dans ses expériences la levure fraîche, seule préparation employée à cette époque.

Il en signale les inconvénients (instabilité du produit, intolérance gastrique caractérisée par des aigreurs de la pesanteur et surtout de la diarrhée). Il exprime le vœu qu'on trouve une préparation plus stable et surtout plus maniable.

La même année Landau (in *Deutsch Medic. Woch.* et *Bulletin médical*) signale l'emploi de la levure dans la leucorrhée de diverses origines, mais spécialement dans la vaginite bleunorrhagique. Il l'emploie en application locales de la façon suivante : la levure est diluée dans un peu de bière jusqu'à consistance demi-liquide et injectée au moyen d'une seringue jusqu'au niveau du col en la maintenant au contact de celui-ci au moyen d'un tampon. Pierre Marie en 1900 soigne 8 cas de pneumonie traités par la levure et obtient un succès remarquable surtout chez un vieillard.

La même année. Faisant l'emploi dans différentes maladies infectieuses : pneumonie, grippe et même fièvre typhoïde.

Relativement à cette dernière affection, nous trouvons dans l'*Echo médical des Cévennes* 10 observations fort intéressantes de fièvre typhoïde traitées avec succès par la levure sèche. Sans enlever à la balnéation froide son incontestable supériorité, le Dr Laffont a obtenu dans ces différents cas de dothiéntérie un amendement notable des phénomènes gastro-intestinaux : la diarrhée est supprimée ; les selles perdent leur fétidité et dans un cas particulier, les vomissements ont disparu ; enfin, phénomène remarquable, la température s'est notablement abaissée sans l'intervention de l'eau froide.

Il y aurait donc dans ce médicament un auxiliaire précieux de la méthode de Brand, et même un succédané dans le cas où celle-ci est inapplicable ou contre liquide.

Laffont administre la levure sèche en lavements délayée dans 150 grammes d'eau bouillie et à la dose de deux cuillerées à café trois fois par vingt-quatre heures et concurremment par la bouche à la dose d'une cuillerée à café également trois fois par jour.

A rapprocher de ces observations, celles de Thiercelin (in *Journal médical de Bruxelles*) qui a soigné par la même méthode les gastro-entérites infantiles et les entérites dysentériques.

La levure semble bien avoir dans ce cas une action antiseptique spéciale sur les sécrétions intestinales et atténuer la virulence du milieu infecté.

Enfin, l'un de nos confrères lyonnais a employé avec le plus grand succès ce médicament dans les angines phlegmoneuses.

Nous même avons eu l'occasion de soigner récemment un cas d'esquimancie. Une jeune fille de 22 ans fait, chaque année au printemps et à l'automne, une amygdalite phlegmoneuse qui se termine invariablement après une évolution de huit jours environ pour un aboi-

et... un coup de bistouri. Nous la voyons en quatrième jour de l'affection et à ce moment l'amygdale intéressée présente bien l'aspect caractéristique d'un abcès en formation : rougeur intense, tuméfaction, œdème de la luette, engorgement ganglionnaire.

Nous administrons la levure sèche à la dose de quatre cuillerées à café par jour, et au bout de trente-six heures, c'est-à-dire le cinquième jour de l'affection, la malade est notablement soulagée après avoir simplement craché quelques gouttelettes de pus sanguinolent.

Les indications thérapeutiques qui découlent de ces observations sont multiples et fort diverses. Mais, en nous gardant d'une généralisation trop hâtive et en retenant seulement les faits cliniques indiscutables, nous devons poser les conclusions suivantes :

1° Dans les furoncles, anthrax et toutes les dermatoses suppurées d'origine interne, comme l'impétigo, les folliculites sycoïformes, les orgelets, la levure de bière donne des résultats merveilleux et c'est là, suivant nous, sa véritable indication ; elle agit dans ce cas comme un antiseptique interne d'une grande puissance.

2° Elle modifie aussi d'une façon très heureuse nombre de troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse (gastro entérite infantile, fièvre typhoïde) en atténuant la virulence des sécrétions intestinales par une action pour ainsi dire topique.

3° Enfin, en applications locales, elle peut constituer dans certains cas un véritable pansement antiseptique (écoulements vaginaux, angines, suppurations cutanées, brûlures).

Nous n'essayerons pas de discuter quel peut être le mode d'action physiologique des ferments constitutifs de la levure de bière. Il y aurait là matière à des recherches bactériologiques intéressantes.

En restant sur le terrain purement clinique, nous constatons que ces ferments paraissent avoir une action sélective sur les micro organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré, agent pathogène de la furonculose. Dans ce cas, leur action est exceptionnellement rapide et comparable à celle des sérums anti-toxiques et particulièrement du sérum antidiphthérique.

Se comporteraient-ils de même à l'égard des agents streptococciques ? A ce propos, il serait peut-être intéressant d'essayer l'action de la levure sur les angines diphthériques associées où le sérum de Roux est souvent si peu efficace.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique trouve actuellement dans la levure un agent antiseptique puissant, susceptible de modifier heureusement nombre d'états infectieux.

Quant au mode d'administration, la pharmacie a trouvé actuellement des procédés spéciaux de dessiccation de la levure qui en fait un produit stable, d'une conservation indéfinie, mieux supportée par l'estomac, sans en altérer en rien le pouvoir fermentescible.

Les levures sèches se présentent sous forme d'une poudre de couleur marron, insoluble, mais facile à délayer dans un liquide quelconque.

On l'administre soit en poudre délayée dans de l'eau ou une boisson gazeuse qui en masque la saveur un peu fade, soit en cachets, soit en comprimés.

A l'intérieur, elle se prend à la dose moyenne de trois cuillerées à café par jour ; en lavements, à la dose d'une bonne cuillerée à bouche délayée dans 150 grammes d'eau bouillie.

Il est toujours bon, avant d'employer une levure sèche, de s'assurer de sa valeur comme ferment en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25° à 35°.

Si le produit est bon, la fermentation doit s'établir rapidement. Les levures à fermentation tardive ne possèdent qu'un ferment affaibli et ne sauraient donner de bons résultats.

(Gaz. méd. belge.)

La levure de bière contre l'obésité

M. le Dr *Rosanoff*, de Nice, nous signale une nouvelle application du traitement par la levure de bière : c'est son administration contre l'obésité. " Chez deux personnes obèses, dit-il, dont l'une pesait 105 kg. et l'autre 94, j'ai obtenu par l'emploi de 3 cuillères à café par jour de levure fraîche, une réduction de 4 kg. chez la première après un usage d'un mois et chez l'autre de 2 kg. dans le même espace de temps.

" Aucune modification n'avait été apportée au régime alimentaire et la perte du poids n'a été accompagnée d'aucun trouble."

Traitement des engelures par l'eau oxygénée

M. Courtin, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, emploie, depuis plus de trois ans, avec un succès constant, l'eau oxygénée dans le traitement des engelures ulcérées ou non. Voici la technique qu'il suit :

Chez les petits enfants, il réduit l'eau oxygénée du commerce, qui est de 12 volumes, à 3 volumes, en la mélangeant à de l'eau bouillie chaude. Il fait prendre un bain des extrémités atteintes, dans ce mélange, pendant une demi-heure chaque jour.

Chez l'enfant au-dessus de trois ans et chez l'adulte, on réduit la solution d'eau oxygénée du commerce à 6 volumes, toujours avec de l'eau bouillie chaude et on fait prendre un bain de même durée.

Dans tous les cas, si les malades présentent

des engelures ulcérées, on mélange à l'eau oxygénée une solution saturée de borate de soude pour en réduire l'acidité et diminuer la douleur de l'application.

Les pieds et les mains bleus par les engelures deviennent rouges après quelques instants d'immersion. Les plaies à fond grisâtre et blafard, recouvertes d'un pus sanieux ou sanguinolent, reposant sur les doigts ou des orteils tuméfiés et œdémateux, se détergent vite. Après un ou deux bains on voit des bourgeons charnus rosés apparaître au fond des plaies et la cicatrisation s'affectuer rapidement. Après le bain, les plaies sont simplement pansées avec de la gaze et de la vaseline aseptiques.

Trois bains d'une demi-heure de durée suffisent en général, pour guérir les engelures non ulcérées. Un plus grand nombre est nécessaire dans les autres cas, suivant la plus ou moins grande infection des plaies, leur étendue et leur profondeur.

(Gaz. hebdomadaire. Bordeaux)

La lécithine chez les vieillards

D'après la thèse de M. le Dr Ariès, de Paris, la lécithine est indiquée dans tous les cas où on doit combattre la dénutrition.

Chez le vieillard, en particulier, la lécithine donne de très bon résultats, aussi bien au point de vue de l'amélioration de l'état général qu'à celui des modifications apportées dans diverses affections de la vieillesse. Elle est précieuse dans la convalescence de ces diverses affections pour rendre à l'organisme usé une vitalité nouvelle. Elle a une heureuse influence sur certains troubles de dénutrition (escarres). Son action diurétique, chez le vieillard du moins, est à signaler.

Ce médicament n'a d'ailleurs aucun inconvénient pris aux doses habituelles ; il n'est toxique à aucune dose.

L'examen des urines a révélé, dans la plupart des cas, les modifications suivantes, dans les échanges organiques sous l'influence de la lécithine :

Augmentation de l'urée, de l'azote total urinaire et du coefficient d'utilisation azotée ;

Diminution de l'acide urique ;

Relèvement très marqué de l'acidité urinaire.

Contrairement à l'opinion admise généralement, l'élimination des phosphates semble augmenter sous l'influence de la lécithine, chez les vieillards tout au moins.

La dose active de lécithine est de 30 centigrammes en moyenne par jour pour la voie gastrique, et de 5 à 10 centigrammes tous les jours ou tous les deux jours pour la voie hypodermique.

Ces deux modes d'administration ont d'ailleurs donné les mêmes bons résultats.

(Le Concours Médical.)

BIBLIOGRAPHIE

Les Cirrhoses biliaires, par le Dr Pierre Lereboullet, interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1 volume in-8° broché, avec 90 figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs) \$1.50

L'histoire des cirrhoses biliaires date du mémoire publié en 1875 par Hanot. Mais depuis vingt-cinq ans de nombreux travaux ont montré combien on était loin de s'entendre sur la limite, la nature véritable et le mode de production de ces cirrhoses. Il était donc utile de reprendre leur étude dans un travail d'ensemble ; c'est ce qu'a réalisé P. Lereboullet dans le livre qu'il vient de publier. Cet ouvrage est basé sur un grand nombre d'observations personnelles ou inédites grâce auxquelles P. Lereboullet a pu mettre en lumière les différences cliniques qui séparent leurs divers types au point de vue du diagnostic, les analgies qui permettent néanmoins de les faire rentrer dans le même groupe nosologique.

En s'aidant des données fournies par l'anatomie pathologique, l'expérimentation, la cathologie comparée, l'étude étiologique et clinique des cas qu'il a rassemblés, M. Lereboullet a essayé d'exposer la manière dont on peut concevoir actuellement les cirrhoses biliaires, et mis en relief, à côté du rôle de l'infection, le rôle du terrain. Les infections biliaires, et en particulier les infections biliaires chroniques, comprenant une série de types allant de la cholémie simple familiale (décrites dans d'autres travaux par MM. Gilbert et Lereboullet) aux cirrhoses biliaires, ne se développent que si le terrain est héréditairement prédisposé à l'infection biliaire ascendante (*diathèse biliaire*). C'est d'une part suivant la virulence des germes microbiens, d'autre part suivant les conditions de résistance du terrain organique que l'infection biliaire ainsi réalisée ne se traduit que par des manifestations cliniques atténuées ou aboutit à la cirrhose, elle-même variable dans ses allures cliniques et dans son pronostic. Toute les affections qui résultent de l'infection biliaire ainsi comprise forment une famille naturelle de faits, reliés par une série de transitions, pour lesquels est justifié le nom de *famille biliaire*.

Le travail de M. P. Lereboullet vise donc, à côté des cirrhoses biliaires proprement dites, toute une série d'autres affections des voies biliaires, résultant comme celles-ci d'une infection biliaire chronique. Aussi sera-t-il lu avec intérêt et profit par tous ceux qui s'intéressent à l'étude de la pathologie du foie.

Supplément Littéraire

Une consultation célèbre

de Messire HUE, médecin de cour au *XIV^e* siècle.

(Suite)

Cette seule grande dame, dont le maintien et l'air étaient assez sévères en public, et dont la santé avait toujours paru si brillante avant l'absence de Saintré, n'avait jamais eu besoin de ses secours et ne l'avait jamais mis à portée d'employer ni le savoir ni l'art de plaire.

“ Messire Hué obéit à la reine ; il alla voir la princesse, et, du ton le plus respectueux, lui fit les questions ordinaires. Des réponses vagues ne lui apprirent rien de particulier sur l'état de sa santé. Il s'aperçut seulement, quelque la chambre fût obscure, que ses yeux paraissaient rougis par les larmes : et quelques soupirs étouffés, une voix entrecoupée, lui firent juger facilement que son âme était occupée d'un sentiment profond et douloureux. Soit curiosité, soit intérêt, Messire Hué oubliant un moment qu'il était aimable, se servit des connaissances qu'il avait, en effet, pour découvrir les vraies causes du mal dont elle souffrait. Il s'empara d'un des beaux bras de la princesse et, mettant toute son attention à étudier son pouls, il fut surpris de son intermittence ; le jeu inégal et précipité des tendons lui prouva combien ses nerfs étaient agités.”

“ Un habile médecin a bien des privilèges, Messire Hué craignant ou feignant de craindre que l'altération des nerfs ne vint d'un commencement d'obstructions, obtint de la belle veuve le moyen de s'instruire mieux ou de se rassurer. La main de Messire Hué parcourut, pressa modestement une partie de ses charmes. Deux fois, il fut surpris de la sentir tressaillir vivement. Ce signe, joint à quelques, lui fit juger à quel point le cœur de la malade était prompt à s'enflammer. Cette découverte fait naître de simples préjugés chez les autres hommes, et donnent des notions sûres aux médecins. Messire Hué avait trop d'esprit pour oser essayer d'abuser de celle qu'il venait d'acquérir, il connaissait l'humeur altière de la dame et sagement il prit le parti de se borner à gagner sa confiance. — Ah ! madame, lui dit-il, vos maux me sont connus, et il n'est point dans mon art de les pouvoir guérir ; ce n'est que dans votre courage, ce n'est qu'en vous-même que vous pouvez trouver les ressources pour les surmonter. Je respecte trop le secret de votre âme pour porter plus loin mes questions, mes réflexions et mon examen.... A ces mots prononcés d'une voix douce et persuasive, la belle veuve ne put retenir ses larmes. — Ah ! Messire Hué, s'écria-t-elle en sanglotant, je vois que rien ne peut rester inconnu pour vous, Oui, vous voyez en moi la plus mal-

heureuse de toutes les femmes : je ne peux m'expliquer plus clairement : apprenez du moins qu'en ce moment le séjour de la cour est insupportable pour moi. Je vous ouvre mon cœur avec confiance ; j'ai besoin de la solitude et d'y chercher un calme qui me fait sans cesse ici. Aidez-moi de grâce à obtenir de la reine que elle respire l'air pur de la campagne.

“ Messire Hué reçut avec attendrissement et respect cette confiance. Il jura sur-le-champ qu'il parlerait dès le jour même à la reine, de façon à déterminer Sa Majesté à presser elle-même le voyage désiré. La princesse, calmée par cette espérance, tira de son doigt un riche diamant qu'elle présenta d'un air plein de grâces à Messire Hué. — Recevez-le, dit-elle, comme le gage de l'estime et de la reconnaissance.

“ Messire Hué courut avec empressement rendre compte à la reine de l'état dans lequel il avait trouvé sa belle cousine ; et, cherchant à définir par une seule expression la complication des maux dont elle était affectée, il inventa le mot de *vapeurs*, qui, d'abord, ne fut compris ni par la reine ni par ses dames, mais que, l'instant d'après, elles crurent toutes comprendre, et dont, au bout de deux jours, plusieurs d'entre elles se plainquirent languissamment de ressentir les effets. Jamais mot ne devint plus promptement à la mode et n'eut une plus longue durée. C'est à Messire Hué que nous devons ce mot, qui, parvenu jusqu'à nous, explique d'une façon si touchante les sentiments et les peines secrètes que les dames ont à cacher.

“ La reine passa chez la princesse au sortir de la messe, et, touchée de la voir pâle et défaite, elle s'attendrit sur ses maux. Mais celle-ci fut un peu interdite, lorsque la reine et ses dames la plainquirent d'éprouver d'aussi cruelles *vapeurs*. N'étant point prevenue, elle craignit d'abord que cette expression ne renfermât l'explication d'un état dont elle ne voulait pas être soupçonnée. Mais rassurée bientôt par la prudence connue de Messire Hué, elle convint de ses *vapeurs*, et que ces vapeurs ne pouvaient se dissiper que par le changement d'air, le séjour à la campagne et beaucoup d'exercice.”

Pour abrégé, disons que la cousine du roi se retira dans son château, sur les bords de la Loire, où elle retrouva bien vite la santé, grâce aux soins amoureux d'un moine, espèce d'hercule, qui, de ses deux mains, soulevait une barrique à hauteur de sa bouche et buvait à la bonde.

Cette jolie consultation d'il y a bientôt cinq siècles mérite quelques commentaires. Le docteur Hué, le parrain des “vapeurs”, en inventant un mot, pouvait déjà, quarante-huit heures après le baptême, constater ce que peut la “suggestion ;” il savait être discret et garder le “secret professionnel ;” il soignait l'amour et la “neurasthénie” comme on le ferait aujourd'hui, par les voyages et le grand air. S'il n'était un savant, il était au moins, un homme d'esprit. Il savait qu'il faut à la fois, “être” et “paraître”. Vivant de nos jours, il

pourrait souvent nous donner des leçons de savoir-faire et d'habileté.

P. L. VIAUD.
(*Le concours médical.*)

La télépathie

Ce mot, d'après son étymologie, signifie "souffrir de loin", il sert à désigner les phénomènes attribués à la transmission de la pensée ; on a vraisemblablement introduit le mot souffrir dans la composition de ce terme, parce que la plupart des phénomènes observés d'une façon quelque peu sérieuse le furent à l'occasion de décès. La *Psychical society* a ouvert il y a déjà assez longtemps une enquête afin de réunir les faits rares et disséminés se rapportant à la télépathie. En France, Flammarion a fait une enquête semblable ; on possède de cette façon un dossier considérable et très curieux, d'observations de transmission de la pensée. Quelques-unes sont très intéressantes parce qu'elles ont été prises avec exatitude.

Quand on cherche à s'expliquer comment la pensée pourrait arriver à se transmettre, on se trouve dans un cruel embarras attendu que tout d'abord nous ne connaissons pas son essence. Nous savons seulement que pendant le travail intellectuel les cellules sont le siège de polarisations électriques, de phénomènes chimiques et caloriques, accompagnés du dégagement de ce qu'on appelle "influx nerveux". Cet influx consiste-t-il en ondes vibratoires ? On n'en sait rien, mais on est tout disposé à l'admettre. Celles-ci pourraient-elles ébranler l'espace ? C'est là un mystère.

Voyons comment se font les transmission physiques. Nous avons d'abord le téléphone : l'appareil récepteur est une plaque vibrante dont les vibrations les plus compliquées produites par la voix humaine, produisent des variations de courant, tout aussi nombreuses et compliquées, dans un circuit électrique entourant un aimant : l'appareil récepteur, analogue à l'appareil transmetteur, fait vibrer exactement de la même manière, la plaque réceptrice ; celle-ci transmet les vibrations à l'air ambiant et enfin à l'oreille. Il est évident que la transmission des pensées ne pourrait suivre une voie analogue puisque aucun fil quelconque ne réunit les personnes. La télégraphie sans fil a déjà un peu plus d'analogie avec la télépathie : en effet, les neurones se touchent presque par leurs prolongements, mais ils sont cependant momentanément séparés pendant le repos ; dans les appareils de Marconi, les électrodes très voisins sont séparés par la limaille à base de nickel, qui au repos empêche le courant d'une pile de passer, mais lui livre immédiatement passage sous l'influence des ondes hertziennes qui les orientent. En supposant que les neurones puissent produire des ondes "d'orientation" lorsqu'ils fonctionnent on fait faire un grand pas à la question de

la transmission de la pensée, mais quelle hypothèse pour expliquer le principe et que de suppositions additionnelles pour tâcher de pénétrer dans l'application ! Un autre procédé de transmission possible sans conducteur spécial, c'est celui qui suppose certains cerveaux ou certaines régions du cerveau harmoniques entre eux. On sait que le son lancé dans l'espace "renaît" parfois s'il rencontre, un objet : corde de violon, de piano, verre à vin, assiette, etc., donnant en vibrant le même nombre de vibrations par seconde ou un nombre harmonique à celui-là, cela dépend de la surface, de la tension, de l'épaisseur de l'objet.

Supposons quelques cylindres-axes, quelques prolongements cellulaires harmoniques chez Pierre et chez Paul ; supposons de plus que l'influx nerveux lance dans l'espace des vibrations quelconques de l'éther. On pourra concevoir que les sensations de Pierre pourront se transmettre à Paul, si elles sont fortes et si Paul n'est pas distrait en ce moment par un travail absorbant.

Si deux personnes vivent ensemble depuis longtemps, peut-être même ces vibrations, qui existeraient chez tous, ont-elles pris l'habitude de se transmettre de mieux en mieux en suivant souvent le même chemin. On le voit en entrant dans la voie des suppositions, on peut aller très loin ; malheureusement on s'expose à faire du roman scientifique. Aussi n'avons-nous énoncé ces idées que pour montrer que la télépathie, quoique invraisemblable, n'est pas absurde en elle-même ; l'invention du télégraphe, du téléphone, des rayons Röntgen et de la télégraphie sans fil sont si renversantes que dorénavant avant de nier "a priori" en se drapant d'un air digne dans le manteau de la science, il convient d'être prudent.

Depuis quelque temps on a accumulé des faits époustouflants, après la lecture desquels on est forcé d'employer la tournure de phrase du célèbre Newton et de dire : certaines choses se passent comme si la pensée pouvait se transmettre. Il est vrai que l'on peut ajouter : étant donné le nombre relativement restreint de ces faits bien constatés comparés à l'immensité l'activité de la vie intellectuelle à notre époque, ces faits sont excessivement rares.

Voici quelques exemples que nous choisissons parmi les plus courts, la place nous étant mesurée.

Un jour, M. A. M. P., pasteur à Versailles, étant parfaitement éveillé et conscient "vit" son frère, officier de turcos en Afrique, couché au fond d'un sillon, la tête fendue. Bien que fort impressionné par cette vision, il n'eût pas un instant l'idée qu'elle pût représenter une réalité, et n'y repensa que plus tard, en recevant par le courrier d'Algérie la nouvelle que le jour même où il lui était apparu, son frère avait été assailli par un de ses hommes qui, après lui avoir fendu le crâne, l'avait jeté dans un sillon.

(à suivre)

Travaux Originaux

LES PERFORATIONS INTESTINALES ET LEUR TRAITEMENT

par M. le Dr Henri LASNIER, Chirurgien
Montréal.

(Suite)

Traitement du shock.—

On fera coucher le blessé doucement, sans secousses, on coupera les vêtements etc., on mettra la tête basse. on enveloppera les membres de ouate et surtout on fera et répètera les injections sous-cutanées de sérum artificiel et de caféine. Ne quittez pas ou le moins possible votre patient, surveillez-le de près.....

Ce qui va se passer durant cette période toute initiale décidera de l'intervention.

“ Qui donc, dit M. Legars, a jamais parlé de *“laparatomie systématique immédiate*. Si le blessé se réchauffe bien et vite, si le pouls reprend et conserve une force suffisante, si le facies devient excellent, si le ventre reste peu douloureux et ne se distend pas. Si le blessé rend des gaz et s'il urine, quel est le chirurgien qui s'obstinera d'emblée à ouvrir le ventre ?

“ Les faits de ce genre, ces faits heureux, sont bien connus, mais à grouper en faisceaux ces guérisons spontanées pour servir à la défense de ce que l'on est convenu d'appeler l'“*expectation armée*” on ne démontre rien. Nous savons qu'il y a des contusions de l'abdomen sans lésions graves de viscères. Ce sont celles-là qui guérissent seules, et voilà tout.

“ Guérit-on spontanément d'une rupture du foie, de la rate. d'une perforation de l'intestin ou de l'estomac ? Non. En pratique il faut répondre : non, car les faits exceptionnels qu'on peut laborieusement colliger, ne font que confirmer la règle, et la question se résume dans cette formule très simple :

“ Il existe une série de lésions profondes de l'abdomen par contusions dont la mort plus ou moins prochaine, est la conséquence fatale, si on n'intervient pas. De ce nombre sont surtout les perforations intestinales.

“ Or c'est dans les premières heures que, pour réunir, toutes les chances possible de succès, cette intervention doit être décidée et pratiquée.

“ C'est alors qu'il faut en poser les indications

“ et se déterminer sur un certain nombres de signes, qui ne sont pas, *qui ne devront pas être des signes de péritonite*.

“ Ajoutons que la triste expérience des laparatomies tardives auxquelles les circonstances réduisent trop souvent sont de nature à faire adjoindre à la règle général, le corollaire suivant : *“ Les cas douteux s'inscrivent aux indications de l'intervention immédiate*.

Exemple :—

“ Une ou deux heures se sont passées, le pouls reste petit et fréquent, il bat 120, 130, 140 par minute. Il se relève après chaque injection sous-cutanée de sérum et bientôt s'affaisse de nouveau. La température est basse (36°5 36°) les extrémités et la langue sont froides, le blessé est anxieux, agité, anhélant, le ventre s'est météorisé, il est tendu, douloureux encore sur la zone où le choc a porté ; il y a de la matité dans l'une des fosses iliaques, de la sonorité préhépatique. Pas d'émissions gazeuses, pas d'urines.

Opérez, opérez, tout de suite. N'attendez ni vomissements, ni le reste. Vous allez faire une opération grave, très grave ; c'est vrai, mais, dans deux heures, la situation sera encore pire, parce que le malade sera ou plus anémié ou plus infecté ; le lendemain, le soir peut-être, il sera trop tard.”

Cet exemple est un des mieux caractérisés. L'ensemble n'est pas toujours aussi complet. Les symptômes n'ont pas tous la même valeur.

Parmi les indices de lésions graves deux surtout revêtent une extrême importance.

1. *La petitesse et la fréquence du pouls*, permanente et progressive, qui se combine d'ordinaire avec l'hypothermie, une pâleur étrange, un état d'angoisse, de dépression ou d'agitation délirante, conséquence ordinaire de l'anémie aiguë.

2. *Le météorisme progressif du ventre* coexistant avec *tension douloureuse de la paroi abdominale* qui durcit et se défend au moindre contact.

Ce deuxième signe est un signe d'infection par l'épanchement des matières et des gaz dans la cavité péritonéale.

Contre le sang (qui comme on le sait reste liquide dans la cavité abdominale), le péritoine ne réagit pas c'est ce qui fait que le météorisme est absent. Là le danger, la mort est produite par la syncope du cœur.

Le météorisme lui indique l'envahissement de l'infection. La douleur c'est la réaction du péri-

toine. On ne peut citer d'exemple plus frappant que l'observation personnelle que je vous ai donnée au commencement de cette communication.

Quand il y a *desaccord entre la température et le pouls, c'est le pouls qu'il faut croire.*

La multiplicité des plaies abdominales, va s'en dire, devra faire admettre d'emblée, en dehors de tous signes pressant la nécessité de l'intervention immédiate. Quand un blessé a reçu deux ou trois balles dans le ventre, il est bien inutile de recevoir un supplément d'information. Ce n'est plus le diagnostic qui doit préoccuper le chirurgien : il doit alors consacrer tous ses efforts à préparer l'opération, à réunir tous les éléments indispensables pour la faire le mieux possible, dans le milieu ou il se trouve placé.

Je suppose que l'on est appelé à une heure tardive, (comme dans mon observation) il y déjà des signes de péritonites, *il faut opérer de suite, et tâcher de sauver l'enjeu d'une partie que vous n'avez pas engagée.*

Blessure par arme à feu :

Un homme a été tiré avec un revolver de gros calibre, vous êtes appelés immédiatement...

Vous voyez dans la paroi abdominale, un trou aux bords noircis... La paroi du ventre est peu sensible. Il n'y a ni symptômes de péritonites encore, ni symptômes d'hémorragie, et l'entourage anxieux vous demande : "Docteur est-ce qu'il va mourir." Le médecin n'a pas le droit de quitter son malade, avant d'avoir répondu à cette question et pour y répondre, il a le devoir de s'assurer avec le doigt et le bistouri s'il y a, oui ou non, pénétration.

Il cheminera le long du trajet (après précautions antiseptiques) en incisant au-dessus et en-dessous de son doigt, en y allant à ciel ouvert.

S'il trouve la balle en chemin, il en sera quitte pour tout recoudre, après avoir excisé les bords du trajet, et il portera un pronostic certainement bénin, de même si le péritoine est intacte.

S'il y a pénétration ce qui est synonyme de lésions intenses, il conclura à l'intervention immédiate et recourra à la laparotomie médiane... en réservant le pronostic.

Dans les perforations par coups de couteaux, de faux ou d'épée, on ouvre d'ordinaire le ventre aux sièges de la plaie, mais dans les plaies par armes à feu vaut mieux faire la laparotomie médiane.

Soins préliminaires :

Afin de réduire la durée de l'opération, on

n'endormira le malade que lorsque tout sera prêt. On enveloppera les jambes de ouate, on fera une injection intra-veineuse de sérum (500 grammes au bras, surtout s'il y a eu shock. Comme anesthésique on emploiera l'éther, qu'on s'accorde à regarder comme un facteur de shok moins puissant que le chloroforme.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDICINE

Les Cirrhoses biliaires (1)

par le Dr. LEBROULLET.

C'est l'étiologie qui a longtemps servi de base à la classification des cirrhoses et c'est à leur cause nettement déterminée que les cirrhoses alcoolique, syphilitique, paludéenne doivent en grande partie leur autonomie. Pourtant, cette classification étiologique, admise et défendue par LANCEREAUX, ne se justifie plus complètement à l'heure actuelle. N'a-t-on pas la preuve, maintes fois répétée en pathologie, qu'un même agent causal peut agir sur le même organe de façon différente, et amener des lésions anatomiques très diverses ? Comme le remarquait récemment notre maître M. GILBERT, la connaissance de la cause doit sans doute encore intervenir dans la classification des cirrhoses, car, c'est elle qui importe le plus au traitement (cirrhose syphilitique) ; mais il faut en outre tenir compte de la voie d'apport au foie de l'agent cirrhogène, et de l'état anatomique du parenchyme hépatique. C'est en faisant intervenir ces deux derniers facteurs, que l'on a pu, avec HANOT, établir l'existence des cirrhoses biliaires, et il nous semble désormais impossible de se baser, avec LANCEREAUX, sur l'absence d'une cause constante et unique, pour refuser une place distincte, dans le cadre des cirrhoses, aux cirrhoses biliaires. De même on ne doit pas, selon nous, du fait qu'un sujet a été exposé au cours de son existence à une maladie telle que le paludisme, ou à la syphilis, admettre d'emblée et sans autres arguments tirés de la date d'apparition, de l'affection hépatique, de sa symptomatologie, de son évolution, que celle-ci est de nature syphilitique ou paludéenne.

L'étiologie est-elle d'ailleurs si vague et si peu précise, dans les cirrhoses biliaires ? "Lorsque, disait HANOT, on cherche à rattacher l'affection décrite aux causes qui ont pu la déterminer, on reconnaît immédiatement qu'il est impossible d'arriver sur ce point à des conclusions

(1) Extrait d'un ouvrage sur les Cirrhoses biliaires par le Dr P. Lereboullet.

définitives." Il nous semble au contraire qu'un interrogatoire minutieux et méthodiquement dirigé peut, le plus souvent, mettre en lumière des antécédents importants.

On a recherché tout d'abord les causes habituelles de la cirrhose, et notamment l'alcoolisme et le paludisme. *L'alcoolisme*, invoqué par OLIVIER dans le cas qu'il a publié, se retrouve assez souvent dans les antécédents de malades, et nous en rapporterons plusieurs exemples; bien plus souvent encore, il manque complètement (notamment dans certaines cirrhoses biliaires de l'enfance.) Et d'ailleurs les hépatites déterminées par l'alcool sont vraiment trop différentes des cirrhoses biliaires pour attribuer à l'alcoolisme, lorsque par hasard on le constate ici, d'autre valeur que celle d'une cause accidentelle; peut être prédisposante, mais nullement déterminante.

Quant au *paludisme*, la question est plus délicate, car il est des faits qui réalisent trait pour trait le type des cirrhoses biliaires, et où on retrouve des antécédents paludéens fort nets. Ce sont des faits de cette nature que LANCEREAUX rattache délibérément au paludisme. Lorsque les antécédents personnels font défaut, il va jusqu'à invoquer, s'il s'agit de cirrhose infantile surtout, le paludisme héréditaire: mais divers arguments s'élèvent contre l'interprétation qui attribue un rôle direct au paludisme dans les cirrhoses biliaires.

Le paludisme est très loin d'être constant dans les antécédents des malades; sur nos observations personnelles où on ne peut le mettre en doute, ce n'est que huit à neuf ans après le retour du malade en France que la cirrhose biliaire a débuté (Obs. 9). Il est donc difficile ici d'invoquer un rapport direct de cause à effet, d'autant que dans la plupart des cirrhoses paludéennes telles que les ont décrites KELSEY et KEINER, CATRIN et d'autres, le début est bien plus précoce, et le rapport étiologique beaucoup plus apparent.

Le plus souvent les symptômes des cirrhoses paludéennes tels qu'ils sont mentionnés par ces auteurs ne sont pas ceux des cirrhoses biliaires, et LAVERAN a déclaré à HANOT n'avoir jamais vu chez des paludéens d'affection hépatique ressemblant au type de la cirrhose hypertrophique avec ictère. Dans les observations de LANCEREAUX qui se rapprochent de très près des cirrhoses biliaires, on trouve le même intervalle éloigné entre le paludisme et l'affection hépatique que dans les faits que nous avons nous-même observés. D'autre fois, et ces faits sont assez fréquents, le début apparent de la cirrhose biliaire est marqué par des accès de fièvre intermittente, mais cela ne suffit pas selon nous pour porter le diagnostic d'accès paludéens; à plus forte raison si cet accès s'observe une fois la maladie établie. Il semble en effet que certains auteurs n'aient pas toujours différencié assez nettement l'accès de fièvre intermittente hépatique, de l'accès paludéen.

Dans un de nos cas notamment où, à la suite d'une fièvre typhoïde, et pendant plusieurs années, le malade

présenta des accès de fièvre intermittente (Obs. 8), nous admettrions volontiers qu'il s'agissait là de la première manifestation de son affection hépatique. De même, l'observation publiée tour à tour par LANCEREAUX, HANOT, JACCOUD (ces deux derniers considérant, à l'inverse du premier, les accès de fièvre présentés par le malade au début de son affection hépatique, comme dus à celle-ci) est un exemple de la difficulté qu'il y a à interpréter justement des faits de cet ordre (Obs. 18). Nous pensons donc qu'avant de faire jouer un rôle aux fièvres palustres, il faut prouver aussi complètement que possible que c'est bien le paludisme qui a provoqué la fièvre relevée dans les antécédents et non l'infection biliaire. Nous reprendrons d'ailleurs ce point lors de la discussion pathogénique. Mais dès maintenant nous croyons pouvoir conclure que le paludisme n'intervient qu'exceptionnellement; lorsqu'on l'observe, sans doute il peut favoriser l'apparition de la cirrhose biliaire, mais il ne la commande pas.

La syphilis détermine le plus souvent des lésions très spéciales, et le foie ficelé qu'elle provoque, bien que non toujours caractéristique, est néanmoins bien différent du foie de la cirrhose biliaire. Et pourtant les cas récents de HANOT prouvent que la syphilis peut à titre de cause infectieuse, provoquer un syndrome anatomique et clinique très voisin de la cirrhose biliaire, un fait que KLEMPERER montre inversement que la notion de la syphilis dans les antécédents n'exclut pas chez certains sujets la possibilité de la cirrhose hypertrophique biliaire, mais n'y a aucune part. Il est d'ailleurs des faits dont nous avons été témoins qui montrent les difficultés d'interprétation que, cliniquement et anatomiquement, certains cas peuvent soulever. En résumé, pour nous, la syphilis ne peut intervenir que comme cause occasionnelle, et plutôt à titre de maladie infectieuse intercurrente qui favorise l'apparition de la cirrhose biliaire, que comme une cause nécessaire et directe.

Enfin, la tuberculose ne paraît jouer aucun rôle étiologique bien que PERON ait récemment montré qu'il pouvait exister une forme de cirrhose hypertrophique tuberculeuse analogue à la cirrhose hypertrophique biliaire.

Mais il est d'autres éléments infectieux dont on peut (jusqu'à un certain point) tenir compte dans cette étiologie. Nous avons en effet relevé bien souvent en parcourant les observations antérieures, ou en prenant les nôtres, des *maladies infectieuses* diverses dans les antécédents des malades; un intervalle assez rapproché se paraît alors fréquemment ces maladies infectieuses des premiers symptômes de la cirrhose biliaire.

Au premier rang se place la *fièvre typhoïde*, mentionnée dans un grand nombre de nos observations; lorsque, comme dans certains cas, on voit soit des accès de fièvre intermittente survenir quelque temps après la fièvre typhoïde (Obs. 8), soit l'ictère apparaître au début du cours de la maladie et persister depuis (Obs. 83), soit la

fièvre typhoïde, les coliques hépatiques, la cirrhose biliaire se succéder à peu d'intervalle (Obs. 33), on ne peut s'empêcher de penser que, peut être, au moins comme cause prédisposante, la fièvre typhoïde est intervenue. D'ailleurs le foie est anatomiquement si fréquemment touché (LEGRY) dans cette maladie, et elle semble parfois avoir un rapport de cause à effet si net avec certains cas de lithiase biliaire, que la question de son rôle étiologique possible dans l'infection biliaire chronique qui est à l'origine des cirrhoses biliaires doit tout au moins être posée.

Il en est de même quoique plus rarement de la *scarlatine* qui dans les cas de FOX, TAYLOR, SMITH paraît avoir précédé d'assez près les symptômes hépatiques. Et ici encore les lésions hépatiques fréquemment rencontrées dans la scarlatine par ROGER et GARNIER, permettent de comprendre qu'elle puisse parfois jouer le rôle de cause prédisposante affaiblissant la résistance de l'organe et favorisant dès lors la production ultérieure de cirrhose biliaire.

Il peut en être de même enfin des autres maladies infectieuses, *pneumonie, grippe, variole*, et plus particulièrement de certaines maladies infectieuses de l'enfance (*rougeole*, parfois même oreillons ou coqueluche). D'ailleurs les lésions des canalicules biliaires décrites dans le foie, à la suite de ces infections, par LAURE et HONORAT en 1887, expliquent cette influence possible.

En résumé, tant d'après les résultats de l'étude du foie infectieux (faite par SIREDEY, par LAURE et HONORAT, LEGRY, GASTOU, ROGER et GARNIER) que d'après la notion relativement fréquente d'antécédents infectieux chez les malades atteints de cirrhose biliaire, nous ne croyons pas qu'il faille, lorsqu'on rencontre ces antécédents, leur refuser toute influence. Par contre ils font souvent défaut, et ne sauraient, selon nous, avoir la valeur que d'une cause *prédisposant à l'infection biliaire ascendante*.

(à suivre)

Maladies de la voix

par M. le Dr André CASTEX.

Cet ouvrage écrit de main de maître et luxueusement édité s'adresse surtout aux professionnels de la voix : avocats, magistrats, professeurs, prédicateurs, artistes lyriques ou dramatiques.

De même que l'on a écrit sur les maladies mentales, sur les maladies de la volonté, sur la pathologie de la volonté, M. Castex n'a pas hésité à faire un traité spécial des maladies de la voix qu'il a tenu à différencier des maladies du larynx.

Tel trouble vocal, en effet, aura sa cause dans les fosses nasales ou dans les poumons, voire même dans la santé générale, tandis que le larynx restera indemne. Il y a maladie de la voix lorsque l'altération de la

fonction est de beaucoup le symptôme dominant, celui pour lequel le spécialiste est consulté. S'agit-il au contraire d'une affection véritable du larynx : cancer, tuberculose, etc., ce sont les autres troubles qui emportent : douleurs, oppression, etc.; la question voix devient en ce cas négligeable.

Par contre une voix excellente peut aller de pair avec un larynx de mauvais état.

Ce livre est divisé en cinq chapitres comprenant successivement :

1° L'historique des travaux qui ont paru sur la question ;

2° L'anatomie et la physiologie de l'appareil vocal, car ces notions sont indispensables pour se bien rendre compte des maladies de la voix et de leur traitement.

3° Les causes communes aux diverses maladies vocales ;

4° Les maladies de la voix parlante ;

5° Les maladies de la voix chantante.

Pour permettre d'arriver au diagnostic sans plus d'erreur que les autres méthodes usitées en médecine, il faut avoir une technique d'examen spécial :

« Quand un artiste lyrique vient vous consulter, dit l'auteur, commencez par lui demander quel est son genre de voix : baryton ? tenor ? Mezzo ? contralto ? Et puis posez-lui la question suivante :

— Quels troubles avez-vous à la voix ?

Vous serez souvent obligé de diriger un peu votre client dans ses réponses, d'user de périphrases ou d'explications, afin de vous entendre exactement avec lui l'amenant sur les jeux principaux du chant qu'il connaît bien mais ne désigne pas toujours par l'expression propre ; ne le dirigez pas trop cependant, car de lui-même il peut appeler votre attention sur telle particularité exceptionnelle à laquelle vous n'auriez pas songé...

Vous passez ensuite à l'examen local des diverses parties de l'appareil : pharynx, larynx, fosses nasales, poumons : puis à l'examen d'ensemble de l'état général ; vous vous enquêrez de l'estomac, de l'utérus, des conditions d'hérédité, etc.

Il faudrait vraiment de la malchance pour qu'après cet examen le trouble, ou les troubles, vous échappent, et vous pourrez établir votre diagnostic, d'où découlera un traitement rationnel."

En somme : les altérations physiques, matérielles du larynx, englobées sous le terme de laryngite, qu'elles procèdent d'une maladie véritable ou de fatigue, atteignent généralement le *timbre*.

L'abus de la parole, les entraînements ou éducations trop rapides compromettent plutôt la *solidité*.

Les excès vocaux ou efforts exagérés peuvent diminuer l'*étendue*.

En cas de trouble sur l'*agilité* on peut soupçonner une tuberculose laryngée latente, si surtout les autres

symptômes convergent vers cette idée.

Si le *médium* est touché, cherchez d'abord du côté de la poitrine (soufflerie pulmonaire),

Les troubles de *netteté* (chats graillons, etc.) coïncident ordinairement avec un état catarrhal des premières voies respiratoires.

Les troubles de *résonance* sont presque toujours d'origine nasale.

Quand l'*intensité* faiblit, il faut d'abord en chercher la cause dans un affaiblissement quelconque de l'état général.

Pour les *troubles nerveux* il va sans dire qu'ils relèvent du tempérament névropathique du sujet.

(*Gaz des hôp.*)

La douche d'air comme moyen d'exploration de l'estomac

Quels que soient les services qu'est susceptible de rendre la percussion de l'estomac, il est incontestable que, à lui seul, ce moyen de diagnostic ne suffit pas toujours à faire déterminer d'une façon exacte les dimensions et la situation de l'organe en question. Aussi le praticien se voit-il souvent obligé de recourir préalablement à la dilatation artificielle de l'estomac, soit en administrant au patient un mélange effervescent, soit en insufflant de l'air à travers une sonde œsophagienne introduite dans la cavité gastrique. Les deux procédés sont loin d'être exempts d'inconvénients et ne permettent guère de pratiquer un examen rapide. On a proposé, il est vrai — dans le but d'éviter les efforts de vomissements suivis de régurgitation alimentaire — d'effectuer l'insufflation de l'estomac en introduisant la sonde, non pas dans la cavité gastrique elle-même, mais seulement dans la partie supérieure de l'œsophage. Tout simplifié qu'il soit, ce cathétérisme œsophagien constitue cependant une manœuvre assez désagréable pour le malade aussi bien que pour le médecin. Or R. Oehler (de Francfort-sur-le-Mein) a trouvé qu'on peut insuffler l'estomac sans avoir recours à l'emploi de la sonde, et cela tout simplement au moyen du procédé de Politzer, dont on se sert habituellement pour introduire, à travers la trompe d'Eustache, de l'air ou des vapeurs médicamenteuses dans l'oreille moyenne.

Voici quel est le *modus faciendi*.

Le patient étant étendu sur le dos, le tronc découvert, on introduit dans l'une de ses narines l'embout d'une poire à insufflation en même temps qu'on obture complètement la narine du côté opposé. Puis on engage le malade à faire un mouvement de déglutition en avalant une gorgée d'eau, et, au même moment, on exerce sur le ballon en caoutchouc une pression, sous l'influence de laquelle l'air pénètre avec la gorgée d'eau dans la cavité gastrique. Chez les individus à paroi abdominale peu développée, on peut, pour ainsi dire, suivre *de visu* le mouvement de l'air qui se porte vers

le fond du viscère. En général, il suffit de répéter la manœuvre trois fois pour obtenir le degré nécessaire de dilatation et pour pouvoir ensuite pratiquer la percussion et la palpation dans les meilleures conditions possibles.

Il convient, en outre, de faire remarquer que le procédé préconisé par Oehler permettrait non seulement de préciser les limites de l'estomac, mais encore de se rendre compte de l'existence de troubles de la motricité de cet organe. En l'absence de toute insuffisante motrice, l'estomac, une fois dilaté, commence au bout de quelques minutes à se contracter; les contours du viscère deviennent plus nets et plus résistants à la palpation, en même temps qu'il se produit un mouvement péristaltique dont les ondes dirigées de gauche à droite, se dessinent d'une façon très distincte sous la peau, si l'on a affaire à un sujet maigre. Au moment où ces contractions ont lieu, on entend l'air s'échapper en partie à travers le pylore avec un petit bruit de gargouillement ou de sifflement, en partie à travers l'œsophage par érucation. Au contraire, dans le cas d'atonie de l'estomac, tous ces phénomènes font à peu près complètement défaut.

(*Semaine médicale.*)

Affection cardiaque complexe intéressant les orifices aortique et mitral

(*Suite*)

À l'*auscultation*, on perçoit un souffle présystolique de la pointe confirmant le diagnostic de rétrécissement mitral. À la base, on entend un souffle du premier temps exactement systolique se prolongeant dans les vaisseaux du cou: c'est un souffle de rétrécissement aortique et c'est cette diminution dans le calibre de l'aorte qui est cause de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Jusqu'à présent, tout ce que nous avons indiqué est classique, ne prête pas à la discussion et tous ceux qui ont examiné le malade sont d'accord avec moi sur tous ces points. Mais il n'en est pas de même au sujet d'une autre lésion que présente le malade.

En effet, tout ce que nous venons d'exposer montre que le malade est atteint d'un rétrécissement mitral caractérisé par le frottement présystolique, le souffle présystolique, l'augmentation de la matité de l'oreillette gauche en arrière. Il y a en outre un rétrécissement de l'orifice aortique, caractérisé par un souffle systolique de la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou et ayant amené une hypertrophie ventriculaire gauche.

Toute la discussion porte sur un souffle diastolique interprété par un de nos plus distingués collègues des hôpitaux, ancien élève du regretté Potain, comme un souffle d'insuffisance aortique et que je crois devoir rapporter au rétrécissement mitral.

Remarquons d'abord que l'examen du pouls et des

gros vaisseaux de la base du cou vient pour ainsi dire plaider contre le diagnostic d'insuffisance aortique. On n'observe, en effet, aucun des signes artériels qui accompagnent d'ordinaire cette affection, ni pouls de Corrigan, ni danse des artères, etc... De plus, le maximum de ce souffle diastolique siège dans notre cas sur le bord gauche du sternum, dans le troisième espace intercostal, c'est-à-dire au niveau du sillon auriculo-ventriculaire.

Comment donc un rétrécissement mitral pourrait-il produire un souffle rappelant par son timbre celui de l'insuffisance aortique ?

Je désire entrer ici dans quelques explications sur le mécanisme des souffles cardiaques. Ils se produisent au point où il y a une brusque variation de pression se produit ordinairement là où il y a un rétrécissement, la pression en amont du point rétréci se trouvant être beaucoup plus forte qu'en aval.

Appliquons ces données au souffle de l'insuffisance aortique : Lorsque le sang a été lancé par la systole ventriculaire, il existe à l'origine de l'aorte une forte pression. Puis, la systole cessant, par le fait de son élasticité, le ventricule tend à reprendre la forme qu'il avait auparavant, la pression dans son intérieur devient négative. Nous avons alors une pression énergique au dessus des valvules insuffisantes et une pression négative au dessous. Il en résulte nécessairement un souffle à timbre aspiratif et cette aspiration sera d'autant plus énergique que le ventricule sera plus hypertrophié.

Il en est de même dans le rétrécissement mitral ; le sang passe de l'oreillette dans le ventricule au moment de la diastole ventriculaire. A ce moment, la pression est au maximum dans l'oreillette gauche, tandis qu'elle est négative dans le ventricule. Il pourra se produire alors un souffle, qu'en raison de son timbre et de son temps on appelle roulement diastolique. Il pourra être renforcé dans la présystole par la contraction de l'oreillette produisant un souffle présystolique, car au moment de la présystole, l'oreillette hypertrophiée exagère en se contractant la différence qui existe entre la pression élevée auriculaire et la pression négative du ventricule.

Etant admis que nous reconnaissons aux souffles cardiaques cette pathogénie vraisemblable, nous pouvons imaginer un cas dans lequel le souffle diastolique, dit roulement du rétrécissement mitral, pourra prendre le caractère du souffle de l'insuffisance aortique. Le fait se produira quand le ventricule gauche sera dilaté et hypertrophié. Or cette augmentation de volume ne peut tenir qu'à un rétrécissement ou à une insuffisance aortique. C'est dans le premier cas que pourra se produire le souffle diastolique d'origine auriculo-ventriculaire simulant celui de l'insuffisance aortique. C'est là ce que nous entendons chez notre malade et ce phénomène est dû, comme je vous l'ai montré à un rétrécissement aortique.

Lorsque l'hypertrophie du ventricule gauche, qui seule nous permet d'expliquer ce souffle, est causée par

une insuffisance aortique, il est fort probable que notre souffle auriculo-ventriculaire existe aussi : seulement il est alors masqué par celui de l'insuffisance aortique autrement puissant que lui, et qui l'empêche de parvenir distinctement à notre oreille.

Ceci me conduit à vous parler des souffles présystoliques qui se produisent dans certaines insuffisances aortiques et qui simulent un rétrécissement mitral, bien que cette dernière lésion soit totalement absente, comme l'ont montré plusieurs autopsies. On peut interpréter le fait de la façon suivante :

A l'état normal, il n'y a pas de souffle au moment de la présystole ; mais à ce moment si, d'une part, la pression est un peu forte dans l'oreillette par suite de la contraction énergique de son système musculaire si, d'un autre côté, l'aspiration ventriculaire est exagérée par le fait de l'hypertrophie, il pourra se produire un souffle présystolique sans rétrécissement mitral ; celui-ci n'est nullement nécessaire. Il est une des causes habituelles des changements brusques de pression et par conséquent les souffles qui en résultent peuvent se produire en dehors de toute variation anormale de calibre des orifices du cœur.

Tous ces détails sont intéressants au point de vue théorique, mais à ce seul point de vue, car nous sommes tous d'accord pour affirmer que chez ce malade, ce qui domine, c'est l'affection mitrale. Qu'il ait ou non une insuffisance aortique très légère, nous devons le considérer comme atteint profondément du côté de sa valvule mitrale et c'est cette affection seule qui doit influencer notre pronostic et guider notre traitement.

(Gaz. des hôp.)

Le massage

Par le Dr MONIN

Le massage est une méthode de traitement fort ancienne, universellement répandue, connue même des peuples sauvages où la science médicale n'existe point ; partout pratiquée, du Japon aux Antilles, de la Nubie aux îles Sandwich. Les Grecs et les Romains, qui avaient en honneur le bain, faisaient des pratiques du massage l'indispensable accessoire de la balnéation.

Longtemps relégué dans le vaste domaine de l'empirisme, le massage fut réhabilité, en partie, il y a une cinquantaine d'années, par divers travaux de savants français. Mais la routine officielle empêcha qu'il ne prit, à côté des méthodes scientifiques de traitement, la place qu'il méritait. C'est grâce aux recherches d'un patient et éminent chercheur. Metzger (d'Amsterdam), que nous pouvons apprécier maintenant toutes les ressources du massage.

Metzger fit rapidement de nombreux élèves, enthousiastes de ses cures et proclamant partout la valeur de ses méthodes. En France, c'est le Dr Norstrøm qui a

le mieux vulgarisé les pratiques metzgeriennes. Il en a montré les principes intelligents et raisonnés, et fait savoir surtout la valeur de cette loi : que le massage, doit toujours se pratiquer dans une direction centripète-c'est-à-dire suivant le cours de la circulation veineuse.

Les pratiques du massage varient beaucoup, du reste, depuis l'effleurage et les frictions les plus douces, jusqu'au pétrissage et au *tapotement* les plus énergiques. Le massage cause au masseur une fatigue et un énervement remarquables, par suite des efforts musculaires énormes qu'il lui faut déployer. La pratique en est, d'ailleurs, très difficile, et il est bien peu de personnes, même parmi les masseurs de profession, qui soient capables d'un *pétrissage* prolongé.

D'une manière générale, le massage agit par la compression mécanique des tissus ; en favorisant la circulation, il excite l'activité organique et la nutrition intime des cellules, c'est-à-dire ce tourbillon constant d'assimilation et de désassimilation qui constitue la vie. L'un des élèves de Metzger, Mosengeil, a démontré (frémissez antivivisecteurs !), *par des injections d'encre de Chine faites dans les articulations des lapins*, que le massage favorisait l'absorption. C'est ainsi qu'il est puissant dans les entorses, parce qu'il favorise la résorption rapide des produits épanchés, tout en tonifiant les linéaments distendus.

Le massage, en excitant les contractions musculaires et le mouvement circulatoire, chauffe les tissus ; en outre, le frottement de la peau produit des actions électriques indiscutables. Il n'y a pas que la peau du chat, celles de l'homme également et des autres animaux sont *électrogènes*. Quoi qu'il en soit, le massage provoque l'engourdissement et calme la douleur. L'entorse guérit plus vite, ordinairement, par un massage bien fait, que par tout autre traitement (immobilité, compression, résolution). Ainsi, il n'est pas rare de voir la douleur supprimée presque aussitôt après le massage de l'entorse, et le blessé marcher comme par enchantement. C'est le secret des guérisons des rebouteurs et autres empiriques. Sans les pratiques du massage, la médecine illégale végéterait dans la marasme et les *sorciers* feraient faillite.

Le massage n'agit pas moins bien dans les entorses de l'épaule, du genou et de la hanche, si fréquentes chez les travailleurs ; il est aussi très utile après la réduction des luxations et des fractures. Il guérit les raideurs et les relâchements articulaires qui succèdent à ces lésions, ainsi que l'atrophie des muscles, résultant de la compression et de l'immobilité prolongées. Dans les contusions qui ont produit des bosses sanguines, dans les *tours-de-reins*, dans les tumeurs érectiles (envies), dans les engorgements indolents des glandes lymphatiques, le massage est tout puissant. Il guérit avec facilité le rhumatisme musculaire, qu'il s'appelle *lumbago*, *torticolis* ou *douleur intercostale*. Il améliore enfin les déviations de la colonne vertébrale rebelles à toutes les ressources de l'orthopédie.

Rien ne montre mieux les effets toniques généraux du massage que son action après une grande fatigue. Il est probable qu'il favorise alors la résorption des résidus de combustion produits dans l'intérieur des muscles surmenés. Si le légendaire héros de Marathon avait été massé à l'arrivée de sa longue course, il est plus que probable qu'il n'aurait pas succombé aux fatigues d'un travail musculaire surhumain.

Les manipulations du massage doivent s'appliquer à nu, pour opérer immédiatement sur la cellule vivante, par une sorte d'action qui tient assurément plus du magnétisme vital que de la simple friction.

Le massage constitue un véritable exercice passif, qui renforce la nutrition, assure l'acte digestif et augmente considérablement l'appétit. On l'applique, avec grand succès, à la cure des dyspepsies anciennes et de l'engorgement abdominal. Dans les diathèses et les affections du sang les plus graves, telles que la phthisie, la scrofule, l'albuminurie, Metzger et ses élèves ont réalisé de véritables miracles. Nous ne dirons rien ici des applications si intéressantes du massage à l'art des accouchements et à la guérison des maladies spéciales au beau sexe.

Nous insisterons davantage sur les résultats qu'on peut retirer des manipulations thérapeutiques dans les paralysies (la paralysie agitante surtout), l'hystérie, les contractures de divers ordres et notamment cette crampe professionnelle, si rebelle, que l'on nomme la crampe des écrivains. Les pratiques du massage, intelligemment maniées, rectifient, dans ces cas les énergies musculaires, soulagent les douleurs, et facilitent la circulation et les échanges moléculaires qui en résultent. Tout le monde connaît les remarquables effets de la fustigation, pour guérir l'impuissance et la frigidité chez l'homme : cette pratique n'est qu'une variété particulière du massage, dont l'action réflexe s'exerce, par l'intermédiaire du centre génito-spinal, sur les organes sexuels affaiblis.

Il y a dans la vibration, dans la percussion, la malaxation, et jusque dans le simple frôlement, d'immenses ressources curatives que le médecin néglige trop souvent, et qui confèrent, chaque jour, aux charlatans, les plus éclatants succès de popularité. Les manipulations ont guéri des contractures des membres et de viscères (rectum, vessie) produites par l'hystérie, ce Protée, et rebelles à toute médication antérieure. Le massage agit, d'ailleurs, très bien dans les affections nerveuses ; la danse de Saint-Guy, les crampes, les névralgies rebelles, à paroxysmes douloureux, les sciatiques anciennes, etc. La migraine s'améliore par des frictions légères avec la pulpe du doigt ; c'est pour cela que les migraineux se frottent instinctivement la face pendant leurs accès. La neurasthénie est également justiciable du massage.

Dans l'atonie des voies digestives, les dyspepsies rebelles, dans la constipation opiniâtre, les obstructions

de l'intestin et les congestions du foie, le massage a souvent de remarquables effets. Dans les affections du cœur, c'est un tonique puissant, qui dissipe les embarras circulatoires et enraye l'hydropisie terminale. Dans les maladies les plus secrètes de la femme, il constitue une méthode curative remarquable : le massage utérin de Thure-Brandt. Il n'est pas jusqu'au massage de l'œil qui n'ait à son actif des cures remarquables.

Le massage est également fort employé, chez nos voisins, contre les amygdalites et les engorgements des ganglions lymphatiques, réfractaires parfois à tous les traitements : et cela nous semble plus que probable : un grand nombre de pommades résolutives n'agissent pas autrement qu'à la faveur des manipulations locales qu'elles nécessitent.

(*Journ. de la santé.*)

CHIRURGIE

Les varices et les ulcères variqueux

M. le Dr *Maurange* a analysé dans la *Gaz. hebdo madaire*, le travail de M. le Dr *Charles Durand* sur le traitement des ulcères variqueux, par les incisions circonferentielles de jambe et nous ne saurions mieux faire que de citer les traits principaux de cette importante étude :

Les méthodes pour guérir l'ulcère variqueux de la jambe sont innombrables. Il n'est pas de pansements, de topiques, de procédés chirurgicaux (grattages, greffes, circonwallations, etc.), qui n'aient été proposés pour le traitement de cette affection rebelle. Ces différents moyens ont comme trait commun de s'adresser à la plaie elle-même, qu'on s'efforce de combler et de faire cicatriser sans tenir compte des causes qui l'ont engendrée. Des travaux importants avaient cependant cherché à éclairer la pathogénie de l'ulcère de jambe. Ils avaient abouti à proclamer le rôle joué par la prédisposition constitutionnelle dans la préparation du terrain. Cette prédisposition, créée en première ligne par l'arthritisme, amène localement des troubles de la circulation et des troubles trophiques. C'est, d'une part, l'insuffisance valvulaire amenée par les dilatations variqueuses des veines, c'est la dégénérescence athéromateuse des artères : c'est, d'autre part, la névrite interstitielle péri et intra-fasciculaire, raison ou effet de la dilatation variqueuse des vasa vasorum. "D'artère à veine, de veine à nerf, comme dit Aug. Broca, nous ajouterons de nerf à peau, il y a échange réciproque de mauvais procédés et le tout concourt à faire des jambes ainsi atteintes un *locus minoris resistentiae*."

Il paraissait donc logique de s'adresser à ces causes diverses qui localement entretiennent et perpétuent l'ulcère de jambe. C'est là l'objet que vise la méthode inau-

gurée par *Moreschi*, modifiée par *Mariani* et *P. Reclus*, et à laquelle M. le Dr *Ch. Durand* vient de consacrer son travail inaugural. Ces auteurs ont cherché, en effet, en pratiquant l'incision circonferentielle de tous les tissus des jambes malades jusqu'à l'aponévrose, à modifier les conditions de circulation et d'innervation de tout le segment du membre sous-jacent et par conséquent à exercer une influence directe sur la totalité des lésions. *Moreschi* fait deux incisions, une première à 4 centimètres au-dessus des limites supérieures de l'ulcère, une seconde à 1 centimètre au-dessus des malléoles. *Mariani* s'est contenté d'une seule incision pratiquée très peu au-dessus de la limite supérieure de l'ulcère. *P. Reclus* trace son incision à la partie la plus élevée du mollet, au niveau de la jarretière, réalisant aussi l'incision circonferentielle à distance.

Quelque soit le manuel opératoire adopté, les résultats obtenus sont, à des degrés divers, identiques. La section de tous les filets nerveux superficiels supprime les douleurs, lorsqu'elles existent et met fin aux troubles trophiques engendrés par la névrite. La section de toutes les veines superficielles remédie à l'insuffisance de la saphène en empêchant la colonne sanguine de peser de tout son poids sur les capillaires de la jambe. On transforme ainsi des varices à grande tension en varices à faible tension, c'est-à-dire des varices mal tolérées en varices bien ou mal tolérées.

Cette opération est plus radicale que la résection de la saphène, car elle s'adresse à tous les troncs veineux. La résection des nerfs saphènes interne et externe ne présente aucun inconvénient, le maintien de la sensibilité étant assuré par les nerfs perforants. Elle présente donc toutes les garanties d'un succès que n'a de raison de compromettre aucune menace de récurrence.

Le résultat obtenu par une seule incision supérieure étant, au point de vue des modifications apportées à la circulation et à l'innervation du membre, identique à celui donné par les deux incisions de *Moreschi*, nous conseillons de s'en tenir au procédé de *Mariani* ou de *P. Reclus*.

Il va sans dire que cette opération peut être combinée avec le grattage de l'ulcère, les greffes dermo-épidermiques, au besoin la résection des troncs veineux volumineux. Chaque cas fournit à cet égard des indications particulières.

Quoi qu'il en soit, l'incision circonferentielle est remarquable par la rapidité avec laquelle elle amène la cicatrisation de l'ulcère. Elle n'est n'est comparable, sur ce point, à aucune autre des méthodes de traitement par les topiques. Elle aurait aussi, au dire de ses auteurs, comme supériorité, celle d'être radicale et de ne comporter jamais de récurrence. Mais, pour admettre sans réserves cette opinion, il faut que des faits en plus grand nombre, et suivis plus longuement que ceux consignés dans la thèse inaugurale de M. le Dr *Durand* et les travaux de l'école chirurgicale italienne, viennent en

établir l'autorité indiscutable et permettent de porter un jugement définitif sur une intervention, dont on ne peut s'empêcher d'admirer l'ingéniosité et la simplicité.

(*Le concours médical.*)

GYNECOLOGIE

Indications de l'opération dans les salpingites chroniques

F. LEGUEU.

Les indications pour opérer sont basées : 1° sur l'état général ; 2° sur l'état local ; 3° sur la douleur.

1. *Indications tirées de l'état général.* — a) Il faut opérer toujours les salpingites fébriles : c'est-à-dire salpingites qui, en dehors de toute poussée péritonéale, font ou continuent à faire de la fièvre.

Dans ces conditions, on peut en toute sécurité poser l'indication de l'opération ; à attendre, il n'y a aucun bénéfice, on court le risque de voir une brusque poussée se développer qui modifiera en le compliquant le cours de la maladie : on laisse au moins la malade s'anémier et se cachectiser sous la fièvre : la salpingite fébrile est toujours une salpingite suppurée.

b) Il faut opérer aussi les salpingites phlébitiques : celles-ci encore sont toujours suppurées.

c) Enfin il faut opérer les salpingites qui font maigrir ; elles sont, elles aussi, souvent suppurées, et l'opération, en supprimant un foyer d'infection, permettra à l'organisme, de se remonter.

2. *Indications tirées de l'état local.* — Il est des salpingites pour lesquelles l'indication relève de la lésion elle-même ; ici il n'y a plus de manifestation à distances, il n'y a ni fièvre, ni péritonite. Il y a une salpingo-ovarite simple, et, dans ces caractères, on trouve souvent de quoi légitimer l'opération.

Ainsi, il faut opérer toujours les grosses lésions : en présence d'une grosse salpingite, qu'elle soit ou non kystique, il n'y a aucun avantage à attendre ; à condition qu'elle soit observée à froid, l'opération est de suite indiquée. Dans ces grosses lésions, il y a presque toujours de la suppuration, et l'expectation expose les malades à des poussées de pelvi-péritonite à répétition.

Une autre circonstance comporte encore dans l'histoire des salpingites une indication opératoire immédiate, c'est la fistulisation de la salpingite dans la vessie ou dans le rectum. Dès que la preuve est faite, qu'un abcès de la trompe est ouvert dans l'un des organes pelviens, il faut, ici encore opérer, et le plus tôt possible. Inutile d'attendre, inutile de chercher à obtenir d'un côté ou de l'autre la fermeture spontanée de l'orifice anormal. La guérison ne sera obtenue qu'au prix d'une opération, qui supprimera le foyer en communication avec la vessie ou avec le rectum.

3. *Indications tirées des douleurs.* — Une dernière catégorie d'indications est celle qui est fournie exclusivement par la douleur. La douleur existe, sans doute, plus ou moins intense, dans les autres formes de salpingite précédemment étudiées : mais alors il y avait une raison tirée de l'état général ou de l'état local et qui suffisait à elle seule à légitimer l'opération.

C'est ici surtout que ce principe de la conservation quand même doit être mis en pratique : c'est ici surtout que l'on ne doit pas se presser, attendre et observer.

Attendre, soit, mais attendre jusqu'où ? jusques à quand ?

La douleur doit être le criterium ; sa continuité, sa persistance sont les éléments sur lesquels vous vous baserez. Quand les douleurs sont tellement vives, tellement continues, ou si régulièrement intermittentes que la vie courante est impossible, il y a déjà chez une malade d'hôpital une raison suffisante d'opérer. S'il s'agit d'une malade en ville, il faut s'assurer d'abord que ces douleurs ne subissent aucune amélioration par le repos, les injections chaudes : tenter au besoin, s'il y a des pertes, la dilatation et le drainage de l'utérus plutôt que le curettage, qui ne sert à rien. Et quant, après 6, 8, 10 mois, la douleur se réveille identique, et la lésion reste égale, quand on a épuisé sans résultat, sans bénéfice, toute la série des moyens indiqués, alors seulement on vient à l'opération.

(*J. de méd. de Paris.*)

Therapeutique et Matière Médicale

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants

(COULON.)

Médicaments.—Révulsifs (ventouses sèches, cataplasmes sinapisés, teinture d'iode ou coton iodé, pas de vésicatoires). Les enveloppements froids du thorax avec des compresses ou des serviettes mouillées sont très utiles ; on les renouvelle toutes les heures ou plus souvent si cela est nécessaire ; elles font rougir la peau, refroidissent le corps, facilitent la respiration, rendent l'atmosphère humide, etc. Le drap mouillé agit de la même façon avec un peu plus d'énergie. Les bains sont très utiles. Tous les enfants supportent bien le bain tiède (32°) on même chaud (36°, 37°, 38°). Renault (de Lyon) a préconisé le bain à 38° renouvelé toutes les trois heures chez les enfants atteints ou menacés de broncho-pneumonie.

Dans les broncho-pneumonies hyperthermiques à foyers limités, chez des enfants assez forts pour réagir, on peut employer avec avantage le bain froid à 28°, 25° et même 20°. Ce bain devra être court (cinq à six minutes au plus).

Le bain sinapisé (150 à 200 gr. de farine de moultarde par bain) servira à combattre la cyanose, la tendance au collapsus, la dynanpe.

A ajouter à tous ces moyens externes : les bottes d'ouate, les frictions stimulantes avec les baumes ou liniments alcooliques, térébenbines, etc. L'emploi des agents pharmaceutiques doit être très discret ; le vomitif convient très rarement, à cause de son action dépressive. L'ipéca ne sera indiqué que dans les phases de début. Les purgatifs doux (manne, huile de ricin, calomel) sont plus souvent indiqués.

Le calomel à doses fractionnées, notamment, ne peut que rendre des services.

Calomel à la vapeur.....0 gr. 02
Sucre de lait.....0 gr. 50

Pour un paquet, no 5 : à prendre toutes les heures dans une cuillerée de lait ou d'eau

Il faut assurer la diurèse par des boissons abondantes, et des diurétiques (scille, digitale, café, caféine) :

Poudre de scille..... } àà 0 gr. 15
— de digitale..... }
Sirop des cinq racines..... } àà 15 gr.
— de café..... }
Eau distillée..... 59 —

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

On ne donnera pas d'opium ni de stupéfiants, mais au contraire les stimulants, la potion de Todd :

Rhum ou cognac 20 gr.
Teinture de cannelle 1 —
Sirop de quinquina..... 20 —
Eau..... 60 —

Par cuillerées à dessert de deux en deux heures.

Vin de Malaga..... 40 gr.
Teinture de Kola..... 2 —
Sirop de fleurs d'oranger..... 20 —
Eau..... 60 —

S'il y a menace d'asphyxie et de syncope, on fera des injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de spartéine, de strychnine, des inhalations d'oxygène.

Caféine..... 2 gr. 50
Benzoate de soude..... 3 gr.
Eau distillée..... Q. S. p. 10 c. cub.

Chaque seringue de Pravaz contiendra 0 gr. 25 de caféine.

Sulfate de spartéine..... 0 gr. 20
Eau distillée..... Q. S. p. 10 c. c.

Faire une injection matin et soir.

Sulfate de strychnine..... 0 gr. 01
Eau stérilisée..... Q. S. p. 10 c. cub.

Deux à trois injections par vingt quatre heures.

Camphre..... 0 gr. 50
Huile stérilisée..... Q. S. p. 10 c. cub.
Une à deux injections par jour.

Parmi les meilleurs stimulants et diffusibles à employer figure le sérum artificiel ou eau salée : on injecte 50, 100, 200 grammes d'eau salée à 7 grammes p. 1,000 ou du sérum de Hayem :

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

Parmi les médicaments antithermiques, le moins mauvais est la quinine qu'on peut donner en potion, en lavement, en suppositoire :

Bichlorhydrate de quinine..... 2 gr.
Extrait ou jus de réglisse..... 10 —
Sirop de fleurs d'oranger..... 30 —
Eau distillée 60 —

Deux à trois cuillerées à soupe par jour.

L'extrait de réglisse masque assez bien le goût désagréable de la quinine : le café est également un bon véhicule, mais il précipite une partie du sel.

L'euquinine, n'ayant pas de saveur, peut remplacer les sels amers de quinine. On la donne en paquets de 15 à 30 centigrammes délayés dans l'eau sucrée ou le lait.

Si l'enfant ne peut avaler, on prescrit :

Bichlorhydrate de quinine..... 0 gr. 35
Laudanum..... 1 goutte
Eau tiède 60 gr.

Pour un lavement à garder.

Bichlorhydrate de quinine..... 0 gr. 25
Beurre de cacao..... 2 à 3 gr.

Pour une suppositoire.

Quand on veut agir vite, on fait des injections sous-cutanées avec :

Bichlorhydrate de quinine 2 gr.
Eau distillée..... Q. S. p. 10 c. cub.

Faire une à deux injections par jour.

Les frictions avec une pommade à la quinine ne sont efficaces, et encore, que chez les nourrissons.

Axonge benzoïnée..... 30 gr.
Chlorhydrosulfate de quinine..... 5 —

L'antipyrine est un bon antithermique, mais plus dépresseur que la quinine à laquelle on peut d'ailleurs l'associer :

Chlorhydrate basique de quinine... } àà 2 gr.
Antipyrine... }
Extrait de réglisse 10 —
Sirop de menthe..... 30 —
Eau distillée 60 —

Deux à trois cuillerées à soupe par jour.

La digitale sera prescrite dans les cas de tachycardie et de faiblesse du pouls :

Teinture de digitale.....	} à 5 gr.
Alcoolature de racines d'aconit.....	

Prendre X gouttes trois fois par jour.

La sérothérapie antistreptococcique n'a rien donné dans le traitement des broncho-pneumonies.

Quand la broncho-pneumonie passe à l'état chronique, on soutient l'enfant par une forte alimentation (purée de légumes, hachis de viande, etc.), et on donne les balsamiques.

Benzoate de soude du benjoin.....	3 gr.
Extrait de réglisse.....	5 —.
Sirop de baume de Tolu.....	30 —.
— de térébentine.....	} à 30 —.
— de belladone.....	

Une cuillerée à dessert trois fois par jour dans une tasse de tisane de bourgeons de sapin.

Comme expectorant, on peut prescrire :

Oxyde blanc d'antimoine.....	2 gr.
Sirop de goudron.....	} à 20 —.
— de polygala.....	
— de fleurs d'oranger.....	10 —.
Eau distillée.....	40 —.

Donner quatre à cinq cuillerées à café par jour dans une infusion de capillaire ou de violettes.

Kermès minéral.....	0 gr. 10
Looch blanc.....	60 gr.

Par cuillerées à dessert de deux en deux heures. S'il y a dilatation bronchique, fétidité de l'haleine, on donnera par cuillerées :

Teinture d'eucalyptus.....	2 gr.
Sirop d'althéa.....	20 —.
— de menthe.....	30 —.
Eau.....	50 —.

(Médecine moderne,)

Le traitement des gastrites chronique

par A. ROBIN

A la première période, il faut apaiser l'excitation fonctionnelle créatrice de la lésion anatomique, à la seconde, tenter d'arrêter l'évolution progressive de celle-ci, à la troisième, nourrir le malade, quoique la lésion paraisse irrémédiable.

Première période.— Commencer par le régime lacté absolu, en choisissant le lait stérilisé et en n'arrivant que progressivement aux doses utiles (3 à 4 litres) et en faisant de l'antisepsie indirecte au moyen d'argents actifs à doses trop faibles pour irriter la muqueuse gastrique (chlorure d'ammonium, soufre sublimé ou iodé, etc.).

Deuxième période.— On tentera ici encore le régime lacté absolu, qui est à la troisième période le meilleur mode d'alimentation, quand l'examen du contenu stomacal ne démontre pas l'absence du lab. Dans le cas où ce dernier existe, le lait sera utile si on l'additionne d'eau de chaux.

A quelque étape que ce soit, on continuera le lait aussi longtemps que possible, en ne cessant que si le poids diminue ou qu'un appétit impérieux se manifeste.

Dans l'étape acide de la deuxième période, le régime doit être sédatif, et stimulant dans l'étape de catarrhe muqueux. Dans la troisième période, on choisira les aliments qui séjournent le moins longtemps dans l'estomac, qu'ils soient apaisants ou excitants.

Comme règle générale, on ne donnera que des aliments réduits en purée, les aliments les plus digestibles.

Dans la période acide, bouillon de pot au feu, les soupes épaisses, les viandes tendres, les aliments gélatineux, les poudres de viande, les poissons maigres, les œufs à la coque, les pâtes alimentaires, les légumes en purée cuits à l'eau, etc., seront les aliments de choix. Comme boisson, l'eau pure, la bière de malt coupée d'eau, les infusions aromatiques chaudes.

Dans la période du catarrhe muqueux, l'alimentation sera animale et comme boissons les eaux minérales (Pouguez, Vals, Saint-Galmier, etc.), les vins blancs légers, le thé et le café.

Dans le catarrhe acide, trois repas par jour suffiront : dans le catarrhe muqueux on en prescrira quatre à cinq : dans le stade atrophique, on conseillera cinq à six repas peu copieux.

Comme *médication*, il faut avant tout tenir compte aussi des trois étapes évolutives de la gastrite chronique. La sédation convient à la première période et à l'étape acide de la seconde, la stimulation aux étapes ultérieures.

Stimulants.— Aux préparations classiques, quassia, quassine, l'Élixir de Gendrin, strychniques, condurango, trèfle d'eau, ipéca à très faible dose associé au bicarbonate de soude, l'auteur ajoute le métavanadate de soude, à la dose d'une cuillerée à dessert, $\frac{1}{2}$ heure avant le second déjeuner, tous les deux jours, d'une solution à 0,06 gr. pour 300 gr. d'eau.

Le persulfate de soude, à la dose d'une cuillerée à soupe une demi-heure avant les deux principaux repas, d'une solution de 2 grammes sur 300 grammes d'eau, est aussi très utile ; on cessera dès que l'appétit se manifestera.

La teinture d'iode, les iodures, le nitrate d'argent sont plus nuisibles qu'utiles. La gastérine de Frémont doit être essayée dans les cas rebelles.

Les vomitifs (ipéca 1,5 gr. en trois paquets, tous les quinze jours) produisent de bons effets à condition d'être donnés aux seuls sujets encore vigoureux, avec stase et hypersécrétion muqueuse.

Les révulsifs (petits vésicatoires volants, tous les dix à quinze jours pendant deux mois) sont capables de donner d'excellents résultats et sont à tort négligés.

Le lavage de l'estomac n'est utile qu'occasionnellement quand l'estomac n'est pas vidé 6 à 7 heures après le repas et que les résidus en fermentation irritent la muqueuse.

L'électrisation, le massage, la gymnastique abdominale, contre-indiqués à la période de catarrhe acide, sont d'utiles adjuvants quand il s'agit de stimuler l'estomac.

Dans la période atrophique, le traitement médicamenteux direct n'a plus de raison d'être ; on se trouve en présence d'un sac inerte. Il semblerait qu'en introduisant dans ce cas dans l'estomac de l'acide chlorhydrique, des ferments digestifs, on devrait obtenir une digestion artificielle remplaçant la digestion qui ne s'effectue plus. Mais, en pratique, les résultats sont bien incertains, car beaucoup de malades ne tolèrent en aucune façon cette médication.

Si, au cours de la deuxième et troisième étape de la gastrite chronique, des hémorragies surviennent, on cesse toute alimentation pendant douze heures, puis on institue le régime lacté absolu. Pendant la période de jeûne on fait une injection sous-cutanée avec une solution stérilisée de gélatine à 7 00/00 et on fait ingérer toutes les trois heures une demi cuillerée à café de lait de bismuth. Il ne faut jamais se servir de la sonde pour introduire ce dernier médicament. Au moment où on reprend le régime lacté, l'auteur prescrit de préférence les pilules suivantes :

Iodoforme	0 gr. 10
Goudron de Norvège.....	0 gr. 50
Poudre de ratanhia.....	0 gr. 50

Divisez en 10 pilules : 2 à 4 par jour.

(*Bul. gén. de thérap.—Gaz. de Gén.*)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'eau oxygénée

Le Dr Luton a eu l'idée de faire pénétrer le sérum oxygénée jusqu'aux parties malades en le pulvérisant dans les bronches au moyen d'un petit appareil de Richardson.

Il a employé une solution de phosphate de soude, primitivement au 4/10, qui a été portée au 1/5 et mélangée dans le rapport de 50 grammes pour 100 gr. d'eau oxygénée.

Les malades soumis à ce traitement font tous les jours une pulvérisation, le plus souvent deux, d'une durée de cinq à dix minutes, et emploient une à deux cuillerées à bouche de sérum. Il leur est recommandé de faire de fortes inspirations de façon à obtenir une pénétration facile des vapeurs dans l'arbre bronchique, et on peut ajouter qu'en général ils supportent très bien cette opération à laquelle ils s'habituent rapidement.

Les effets obtenus sont de deux sortes : effets d'absorption analogues à ceux que donnent les inhalations d'oxygène, et effets de contact qui sont dus à l'action antiseptique de l'eau oxygénée, laquelle influence très heureusement les suppurations pulmonaires.

A ce traitement, M. Luton joint l'usage des sels de cuivre à l'intérieur.

Le sel de cuivre employé est l'acétate de cuivre sous forme de pilules à 0,01 centigramme par jour ; depuis quelque temps, cependant, on lui a substitué le sulfate de cuivre ammoniacal peut-être moins irritant et qui est prescrit en général à la dose de 0,05 centigr. ; toutefois, dans ce cas, il est bon de tâter le terrain et de commencer par des pilules de 0,01 centigrammes, au moins les premiers jours du traitement, pour éviter une trop vive au niveau des parties malades.

(*Union méd. du Nord-Est*)

Traitement de l'ozène

Bonnet et Massiac préconise l'emploi d'une solution de 2 grammes et demi de bleu de méthylène par litre d'eau en irrigations nasales dans le traitement de l'ozène.

On pratique ces irrigations trois fois par jour et au bout d'assez peu de temps l'odeur de l'ozène disparaît. Une seule irrigation quotidienne suffit alors ; on la continue pendant trois ou quatre semaines pour assurer la guérison.

Le bleu de méthylène est, d'après le docteur Bonnet un antiseptique de choix pour les fosses nasales. Le seul inconvénient de cette médication est de colorer en bleu pendant quelques jours la lèvre et l'orifice des narines.

(*Journ. de méd. et de chirur. prat*)

SYPHILIGRAPHIE

Traitement de la syphilis par le calomel

Le calomel revient en faveur dans le traitement de la syphilis ; nous trouvons dans le *Journal des Praticiens* une revue intéressante sur cette ancienne méthode.

Bovero préconise des frictions avec la pommade suivante :

Calomel à la vapeur.....	0 gr. 50 à 1 gr.
Lanoline.....	3 "
Beurre de cacao.....	1 "

Faire tous les 5 ou 8 jours une friction de 20 minutes, et cesser au bout de 6 ou 7 frictions, puis on donne de l'iodure de potassium.

Bovero n'aurait, dit-il, obtenu que des succès par cette méthode, et il vante la propreté de ce mode de traitement et la rareté de phénomènes concomitants, se passant du côté de la bouche, de l'arrière-bouche et de la peau.

Watraszenski utilise ensuite un savon en mélangeant minutieusement le calomel à la vapeur du savon frais à base d'huile d'olives. La dose pour une séance est de 2 à 3 grammes contenant 50 centigrammes à 1 gramme de calomel. Ce savon a une consistance et une couleur ressemblant à celle de la vaseline. On fait les frictions avec la main mouillée préalablement.

Audry (de Toulouse) a modifié ainsi la préparation :

Lessive de soude caustique.....	100 gr.
— de potasse	50 "
Huile d'amandes douces.....	300 "

Ensuite, après avoir préparé ce savon mou de potasse, ou lui incorpore du calomel :

Savon mou de potasse.....	100 gr.
Calomel.....	40 " à 60 gr.
Huile d'amandes douces....	20 "

dans des proportions variables de 1/2, de 1/3, 1/4, puis on s'en sert pour les frictions.

Les résultats de cette préparation ont été satisfaisants. Les bons effets du calomel ont été ensuite vantés par Rille, puis M. Balzer l'a expérimenté à son tour et les résultats obtenus ont été consignés dans la thèse de son élève Kazondjief (Thèse Paris, 1900). Voici son *modus faciendi* : les deux formules employées ont été les suivantes :

I. Calomel à la vapeur.....	4 gr.
Vaseline.....	} aa 2 "
Axonge.....	
Essence de térébenthine.....	0 gr. 80

Pour une dose.

II. Calomel à la vapeur.....	4 gr.
Vaseline.....	} aa 2 "
Axonge.....	

On peut remplacer le calomel par du précipité blanc.

On fait les inunction dans le dos et sur les membres inférieurs, on prend la pommade avec une spatule et on l'étale sur les deux membres inférieurs avec un frottoir, de manière à recouvrir toute la surface du membre inférieur.

La dose employée est de 8 grammes pour adulte, 4 grammes pour enfant et 2 grammes pour les nouveau-nés. On enveloppe ensuite la région traitée avec un morceau de flanelle. On fait une inunction tous les matins et on donne trois bains par semaine. La peau devient blanc mat et l'inunction reste invisible. On n'a pas observé d'accidents par cette méthode, pas d'irritation cutanée, mais quelquefois un peu de gingivite. Le mercure apparaît assez tardivement dans les urines.

L'action thérapeutique est moins intense que celle de l'onguent napolitain : aussi son emploi est préférable chez les personnes faibles, chez celles dont on veut respecter l'intégrité des voies digestives, ou chez les malades dont on veut renforcer le traitement pilulaire.

(Journ. de méd. de Paris.)

FORMULAIRE

FRICTIONS CONTRE L'OBESITE

Kisch a préconisé diverses pommades pour combattre l'obésité.

Pour les reins, la première pommade à une formule bien connue d'ailleurs avec un centième d'iode et un dixième d'iodure de potassium.

Par exemple :

Vaseline.....	30 grammes.
Iodure de potassium.....	3 —
Iode sublimé.....	0.30 centig.

Il faut naturellement employer pas mal de cette pommade.

On peut la remplacer par la suivante, qui doit d'ailleurs être légèrement puante :

Vaseline.....	10 grammes.
Iodoforme.....	1 —
Essence de menthe.....	2 gouttes.

La friction une fois faite avec une assez grande quantité de pommade, après friction de plusieurs minutes de durée, on place sur la peau encore enduite de pommade un linge imbibé de la solution suivante :

Eau distillée.....	100 grammes.
Acétate de plomb.....	5 —
Alumine.....	1 —

Puis on recouvre la gutta et on maintient le tout par une bande.

Il se passe évidemment entre ces deux mélanges des réactions complexes. Une partie de l'iode est déplacée et peut donc dès lors peut être pénétrer plus avant dans les tissus. Ce sera à voir.

Enfin, lorsqu'il y a surtout adipeuse abdominale, l'auteur recommande spécialement les frictions sur le ventre, non plus au moyen d'une pommade mais du mélange alcoolique suivant :

Vinaigre scillitique.....	200 grammes.
Iodure de potassium	10 —

Tout cela est fort ingénieux, mais il est fort à craindre qu'il entre bien peu d'iode par ce moyen dans l'organisme et que cet iode soit incapable de remplir les actions complexes qu'on lui attribue.

(CAPITAN, *Médecine moderne*)

CONTRE LA DESQUAMATION DE LA LANGUE

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gram. 05
Baume du Pérou.....	} aa 1 gramme.
Acide borique.....	
Vaseline.....	40 —

En onction deux fois par jour.

(Besnier)

CONTRE LE PSORIASIS.

Acide gynocardique..... 2 grammes.
 Huile de chaulmoogra.. } aa 30 —
 Chloroforme..... }

Employé comme liniment.
 (Bocquillon-Limousin, *Le Progrès méd.*)

TRAITEMENT DE L'ACNÉ NÉCROTIQUE

M. Dubreuilh (de Bordeaux) traite localement l'acné nécrotique par les mercuriaux et surtout les sulfureux, qui donnent des résultats rapides.

Il emploie la formule suivante :

Axonge..... 30 grammes.
 Soufre..... } aa 4 —
 Savon vert..... }

Quant au traitement général, il est variable suivant les cas, car jusqu'à présent on ne sait rien de précis sur la pathogénie de l'affection.

(*Gaz. des hôp.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les champignons parasites de l'homme, par E. Bodin, professeur de bactériologie à l'Université de Rennes, Petit in-8 avec 35 fig. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Prix..... 75

Bien que les progrès et les découvertes réalisés en ces dernières années aient donné à la *mycologie parasitaire* une importance théorique et pratique indiscutable, cette branche de la parasitologie est cependant l'une des moins connues des médecins et des étudiants.

Cette étude nécessite, en effet, ces notions générales qui sont malheureusement trop négligées dans l'enseignement médical actuel, et d'autre part les nombreux travaux parus aujourd'hui sur les parasites cryptogamiques sont épars en diverses publications scientifiques et n'ont jamais été réunis et coordonnés.

C'est pour répondre à ces *desiderata* que ce livre a été fait, aussi comprend-il deux Parties : la première, consacrée à des généralités que l'on ne trouvera dans aucun autre Ouvrage médical, comporte des notions générales indispensables sur les champignons, leur classification, leur nutrition et sur le pléomorphisme de ces êtres qui est l'un des problèmes les plus curieux de la mycologie, mais dont les termes demandent à être nettement précisés.

L'Auteur s'occupe ensuite des mycoses en général, de leur origine, de leur mécanisme et de la technique à suivre pour l'étude des parasites qui les déterminent : par là cet Ouvrage s'adresse non seulement à tous

ceux qui s'occupe de médecine, mais aussi aux mycologues qui n'ont pas l'habitude de manier des champignons pathogènes.

Quant à la deuxième Partie, elle est réservée à la description mycologique des champignons parasites de l'homme : elle résume les dernières recherches faites tant sur les champignons des teignes que sur ceux qui causent des affections internes comme certaines levures et comme certains mucors ; elle offre ce double avantage d'être un guide pour la diagnose et l'étude des champignons parasites et de donner un tableau des faits acquis en précisant les lacunes qui restent à combler.

La syphilis Chancre et syphilis secondaire, par le Dr Vouzelle, ancien Interne des Hôpitaux. Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Prix..... 75

Ce volume traite de deux premières étapes de la syphilis : du chancre et des accidents secondaires. Certes les Ouvrages sur ce sujet sont innombrables mais la plupart sont des œuvres didactiques, ayant pour but le triomphe d'une idée, la discussion dogmatique de certains points particuliers, le développement d'idées nouvelles, de faits nouveaux. Les autres sont, par leur importance même, longs et difficiles à consulter dans la pratique courante de la médecine.

Ce que l'auteur a cherché avant tout c'est à être bref tout en étant complet. Puissant à toutes les sources, s'inspirant des publications, des Ouvrages anciens ou récents, de Ricord, de Diday, de Lancereaux, de Julien, de Fournier, etc., il s'est efforcé de présenter, en le résumant, le tableau de la syphilis, d'après les opinions régnantes.

L'historique de la question, indispensable pour bien dégager la syphilis des maladies nombreuses avec lesquelles longtemps elle fut confondue, est traitée aussi succinctement que possible. Toutes les théories pathogéniques plus ou moins incertaines sont simplement signalées. L'anatomie pathologique est sommairement décrite.

Par contre la partie clinique est très développée. Le chancre est l'objet d'une étude minutieuse. Tous les signes qui peuvent le différencier des lésions avec lesquelles il peut si aisément se confondre, qui en permettent le diagnostic précoce malgré ses modalités si diverses, sont décrits avec détails et précision.

Les moindres accidents secondaires sont l'objet d'une description spéciale ; leurs signes pathogénomiques mis en lumière. Aussi pensons-nous que le Volume de M. Vouzelle sera accueilli avec intérêt par tous les praticiens.

Supplément Littéraire

La télépatie

(Suite)

La télépathie est rarement aussi nette que dans cet exemple ; le plus souvent il s'agit d'une hallucination de la vue ou de l'ouïe perçue au même instant par une ou plusieurs personnes (bruit de vitre cassée, bruit de sonnette fortement agitée, vue d'une personne, d'une ombre, etc.). En ce cas, cette hallucination se présentant chez une personne qui n'en a jamais eue, cause une vive émotion et s'accompagne d'habitude de l'idée nette que cette personne, à laquelle on ne songeait nullement, vient à mourir ; c'est la coïncidence exacte de la date et de l'heure, de même que le témoignage de personnes présentes qui fait la valeur de ces observations.

Voici une relation très curieuse de vue à distance dont un confrère a été le héros :

(Dr Golinski). — Au mois de juillet, 1888, je m'étais étendu l'après-midi sur un canapé à peu près à 3 h. 30. J'ai rêvé qu'on sonnait et que j'avais la sensation ordinaire un peu désagréable qu'il fallait me lever et aller chez un malade. Puis je me suis vu directement transporté dans une petite chambre aux tentures sombres. À droite de la porte d'entrée se trouvait une commode, et sur cette commode je remarquai une bougie ou une petite lampe à pétrole d'une forme particulière. Je suis vivement intéressé par la forme de cette bougie, différente de toutes celles qu'il m'était arrivé de voir. À gauche de la porte d'entrée je vois un lit dans lequel est couchée une femme qui a une forte hémorragie. Je ne sais comment je suis parvenue à savoir qu'elle a une hémorragie, mais je le sais. Je fais un examen de la femme, mais en quelque sorte par acquit de conscience, car je sais d'avance à quoi m'en tenir, quoique personne ne me parle. Ensuite je rêve d'une façon vague de quelques secours médicaux que je donne, puis je m'éveille d'une façon inhabituelle. Ordinairement je m'éveille lentement, je reste quelques minutes dans un état d'assoupissement, mais cette fois je me suis réveillé presque en sursaut, comme si quelqu'un m'avait éveillé. Il était à 4 h. 1/2.

Je me suis levé, j'ai allumé une cigarette, et je me promenai par la chambre dans un état d'excitation toute particulière, réfléchissant au rêve que je venais de faire.

Depuis assez longtemps je n'avais pas eu de cas d'hémorragie d'aucun genre dans ma clientèle, et je me demandais qu'elle pouvait être la cause de ce rêve.

Environ dix minutes après mon réveil, on sonna et je fus appelé chez une malade. En entrant dans la chambre à coucher, je fus saisi, car je reconnus la chambre dont je venais de rêver. C'était une femme malade, et ce qui me frappa surtout ce fut une bougie à pétrole

placée sur la commode, absolument à la même place et de la même forme que dans mon rêve, et que je voyais pour la première fois. Mon étonnement fut si grand que j'ai pour ainsi dire perdu la distinction nette entre le rêve passé et la réalité présente, et, m'approchant du lit de la malade je lui dis tranquillement : " Vous avez une hémorragie," et je ne revins à moi que lorsque la malade me répondit : " Oui, mais comment le savez-vous."

..... En général, je ne rêve pas souvent et c'est le seul rêve de ma vie dont je me souviens, grâce à son caractère véridique.

Cette vue à distance pourrait s'expliquer par une transmission de pensée émanant de la personne se trouvant dans la chambre et voyant les objets.

L'exemple suivant de transmission de pensée est très particulier.

À l'âge de 5 ans un enfant (aucune tare nerveuse personnelle ou héréditaire) sembla marcher sur les traces d'Inaudi. Sa mère ayant voulu à cette époque lui apprendre la table de multiplication, s'aperçut non sans surprise qu'il la récitait aussi bien qu'elle ! Bientôt bébé se piquant au jeu en arriva à faire de tête des multiplications avec un multiplicateur formidable, et à résoudre des problèmes compliqués tels que celui-ci : " Si on mettait dans ma poche 25 fr. 50, j'aurais trois fois ce que j'ai moins 5 fr. 40. Quelle est la somme que je possède ?

À peine l'énoncé est-il achevé, que bébé, sans même prendre le temps de réfléchir, répond, ce qui est exact : 15 fr. 45.

Le père découvrit que l'enfant ne prêtait aucune attention aux données du problème et arrivait directement au chiffre demandé, mais à la condition que sa mère fut présente et qu'elle connut la solution ! En l'absence de sa mère il n'était pas plus savant qu'un autre.

Jusqu'à maintenant, nous avons parlé de phénomènes de transmission de pensée constatés d'une façon imprévue et par hasard. Le Dr Ochorowicz, s'entourant de toutes les précautions scientifiques désirables, a fait des suggestions à distance sur des sujets non prévenus mais très hypnotisables, par exemple endormir le sujet de loin à son insu et à l'insu de tout son entourage et le faire venir à travers la ville. Ces expériences ont réussi ! Après cela nous nous croyons fondé à dire : les choses se passent comme si parfois la pensée se transmettait.

(Gaz. méd. belge.)

Accouchements ordinaires

De tous temps, il y eut des accouchements ordinaires, puisque un peindre grec eut l'idée plutôt bizarre de représenter Jupiter en train d'accoucher. Mais nous ne citerons ici que quelques anecdotes enregistrées par des médecins.

“ On vit en 1582, la femme d'un tailleur de Sens, nommée Colombe Charry, âgée de 38 ans, devenir grosse après quelque temps de stérilité et éprouver tous les signes de la grossesse pendant neuf mois. Après de grands et laborieux efforts qui lui causèrent une sup- pression d'urine pendant plusieurs jours, elle perdit de l'eau en quantité considérable et un gros grumeau de sang caillé. Les douleurs s'apaisèrent ensuite, et l'enfant ne remua plus. Tant qu'elle vécut elle se plaignit d'une grande pesanteur dans le ventre et de douleurs semblables à celles qu'éprouvent les femmes enceintes. Pendant 28 ans, elle porta ainsi son enfant et quand elle mourut, on trouva sa matrice marquée de différentes couleurs, dure comme une écaille et contenant une boule de plâtre, au milieu de laquelle était enveloppé le fœtus, dont les membres étaient bien conservés, mais qui s'y était endurci et comme pétrifié ” (Sue).

Le maître chirurgien Le Duc fut appelé, le 15 décembre 1597, pour accoucher la femme d'un postillon du prince de Guéméné. Après un accouchement très laborieux, puisqu'il fut obligé de tirer le fœtus morceau par morceau,—avant que l'utérus eût été débarrassé de l'arrière-faix, il vit une flamme de couleur violette et d'odeur de soufre, dont la chaleur se fit sentir aux mains des personnes qui assistaient la malade,—s'échapper avec impétuosité du dedans de la matrice : cette exhalaison enflammée s'étendit jusqu'à plusieurs pas de la patiente, et, en s'éteignant brusquement, elle remplit toute la chambre de fumée. Le Duc, en racontant cette histoire invraisemblable, était fort impressionné et affirmait que quinze personnes au moins pouvaient certifier la véracité de son récit.

On cite beaucoup d'exemples de fœtus pétrifiés : celui de Pont-à-Mousson (XVII^e siècle), qui eut, d'après Bartholin, l'idée originale d'émigrer dans l'abdomen ; celui qui resta dans le sein maternel 52 ans au-delà du temps ordinaire de la grossesse (1814 — publication de Richard Brown Cheston) ; enfin le Dr Witkowsky a trouvé au Père-Lachaise, l'épithaphe qui suit :

ICI RÉPOSE

Mme Marie Antoinette Milcent

épouse de Mr Etienne Fournier

Décédé le 10 mars 1824

âgée de 38 ans ;

Elle fut le modèle des épouses

Et la plus sincère des amies.

Sa mort fut accélérée par de longues souffrances

Qu'elle supporta avec courage

Sa douceur et sa bonté l'avaient rendue Chère

A tous les malheureux.

Elle a porté dans son sein

Un enfant 12 mois vivant et 7 ans mort

Ainsi que l'ont constaté après son décès

Les Drs Dubois et Bélisier

Les médecins, qui ont retiré cet enfant

Bien conformé et parfaitement conservé

Repose en paix, ombre chérie !

Les larmes de ton époux et celles de ta famille

Couleront sur ta tombe jusqu'au moment

Où ils viendront te rejoindre.

Il y a eu aussi des mystifications célèbres : témoin le fait suivant : en 1726, Saint-André, chirurgien à Londres publia qu'un animal de n'importe quelle espèce pouvait engendrer avec le concours d'un animal d'une autre espèce, que, par exemple, une grenouille pouvait donner naissance à un poulet : qu'il suffisait que les parties organiques de l'un fussent insinuées dans les moules de l'autre. Une pauvre femme eut une idée de génie ; elle fit appeler Saint-André et lui annonça qu'elle allait accoucher, et effectivement presque aussitôt elle donna naissance à un lapereau vivant. L'histoire fit grand bruit et la femme, qui touchait la forte somme, continua ses prouesses. Mais la justice, qui fourre son nez partout, fit surveiller la mère aux lapins et celle-ci fut surprise introduisant un lapereau dans un orifice qui n'était pas fait pour lui.

L'imagination exaltée des névropathes nous fournit également quelques anecdotes. On connaît l'histoire du peintre Calandrin, qui vivait à Florence, vers 1350 et qui était d'une naïveté telle qu'on lui fit croire qu'il était dans une position intéressante. L'artiste faillit mourir d'effroi et ressentit bientôt des douleurs dans le ventre. Il ne fut guéri que par une drogue grotesque composée à son intention par un médecin complaisant. Dans son *Histoire des accouchements*, le Dr Witkowski raconte que le Dr Campbell avait pour client un lord anglais névrosé qui était persuadé, de temps en temps, qu'il allait mettre au monde un enfant. Chaque fois, Campbell arrivait, le soignait, le délivrait, puis cherchait dans le pays un enfant nécessaire que le lord caressait et choyait comme un fils. Puis il le dotait et n'y pensait plus. La dernière fois que ce singulier personnage fut en mal d'enfant, il n'y avait aux alentours aucun mioche un bas-âge. Passe par hasard un petit collégien en uniforme, on l'empoigne de force et on le présente à Lord D... qui dit avec un soupir et en tapant sur les joues du bonhomme :

“ Ah ! je m'explique pourquoi j'ai tant souffert, ce sont les boutons..... ! ”

Le docteur Lefort rapporte un cas d'accouchement peu banal que Louis a rendu célèbre : Une jeune fille avait les organes de la génération cachés par une imperforation qui rendait toute pénétration impossible. Elle fut réglée par l'anus, Son amant la supplia de lui laisser explorer la seule voie praticable ; elle devint mère et accoucha à terme, par l'anus, d'un enfant bien constitué. Le Parlement défendit la publication de ce fait, mais le pape Benoît XIV donna l'absolution, parce qu'il pensait sans doute qu'une jeune fille privée de vulve devait trouver dans l'anus le moyen de remplir le vœu de la reproduction.

(A suivre)

Travaux Originaux

QUELQUES NOTES SUR L'HYDROTHERAPIE (1)

par Ch. DE BLOIS M. D.

Directeur de l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique de
Trois-Rivières

Que doit-on entendre par "Hydrothérapie ?" La signification en est claire et nette. L'Hydrothérapie, c'est le traitement des maladies par l'eau. L'eau joue à l'égard de l'organisme humain un double rôle ; elle est indispensable à la vie, nécessaire pour l'hygiène, et très utile en cas de maladie.

L'Hydrothérapie n'est pas nouvelle, et à diverses époques, des esprits amis du progrès ont employé l'eau froide en médecine et en chirurgie.

Au commencement du siècle, Priessnitz ressuscite, sans s'en douter, l'hydrothérapie empirique, mais il n'est que le vulgarisateur d'idées qui avaient été émises bien avant lui, par Floyer, Hahn, Giannini, Pomme, Musa et Currie. Priessnitz n'a donc jamais inventé la cure d'eau. Son emploi, tant au point de vue de l'hygiène que du traitement des maladies, se perd dans la nuit des temps, et a toujours joué dans l'évolution des peuples primitifs un rôle prépondérant.

Hippocrate lui-même, le père de la médecine, 400 ans avant J.-C. avait prescrit l'eau froide dans les affections rhumatismales et les fièvres ardentes, etc.

Quoiqu'il en soit, nous parlerons ici surtout de l'HYDROTHERAPIE RATIONNELLE de cette hydrothérapie qui a pour base le "diagnostic" et les "indications," et que nous voudrions faire accepter, à force d'évidence, par tous les hommes de science et de bonne foi.

Résumons notre pensée sur la marche et les étapes qu'a suivies la médication par l'eau.

L'hydrothérapie est sortie de l'empirisme comme la médecine elle-même, et elle est devenue depuis cinquante ans une véritable science grâce à l'énergie, à la persévérance et aux travaux de l'immortel Fleury, en France. LE DR FLEURY commença ses publications sur l'hydrothérapie en 1837, et les continua en 1852, par un traité "ex-professo" sur la matière. A bon droit il peut revendiquer le titre de fondateur de l'hydrothérapie scientifique. Ses ouvrages sont remplis de faits

cliniques des plus instructifs, et son œuvre restera certainement un des plus beaux monuments élevés à l'hydrothérapie rationnelle, car on peut dire que ses travaux ont assis la méthode sur les bases solides de l'expérience et de l'observation.

Fleury, le premier, démontra le pourquoi de la guérison par l'eau, et grâce à lui, nous possédons aujourd'hui une hydrothérapie vraiment scientifique, dans les meilleures conditions de stabilité et de durée.

C'est cette hydrothérapie que l'on méprise tant en certains quartiers, qui, en 1859, faisait son entrée à la faculté de médecine de Paris. et la faculté n'a pas frémi d'horreur et d'indignation ! Loin de là : le professeur Wurtz et d'autres médecins éminents de la faculté ont fait les plus grands éloges des thèses qui ont été présentées sur la médication par l'eau et la thèse du Dr Delmas a même été signalée à la bienveillance de Monsieur le ministre de l'instruction publique.

Nous voici bien loin de l'anathème lancé par certains médecins d'autrefois, et même de nos jours—ce qui est moins pardonnable—contre cette médication que l'on méprise sans la connaître.

A la vérité, l'hydrothérapie de Priessnitz, l'hydrothérapie de messieurs tel et tel l'HYDROTHERAPIE DE L'ABBE KNEIPP n'est pas l'hydrothérapie de Fleury, l'hydrothérapie qui reposant "sur une observation et une expérimentation scientifique" est en parfait accord avec toutes nos connaissances physiologiques et pathologiques l'hydrothérapie qui a été honorablement accueillie par la faculté.

Ces faits semblent méconnus par un certain nombre de personnes, et je tiens à les mettre en lumière, car c'est un événement scientifique, doit la signification et la portée n'échapperont pas à la sagacité de nos lecteurs.

Il est bon de remarquer que cet événement dont nous parlons plus haut se passait en 1859, bien avant les publications de l'abbé Kneipp, qui n'ont paru qu'en 1886.

J'ai bien connu l'abbé Kneipp, le grand vulgarisateur de la cure d'eau dans notre pays. J'ai même eu l'avantage de faire un séjour de quelque durée chez lui, à Woerishoffen, en Allemagne. C'était en 1895, et j'y ai été témoin de cures réellement merveilleuses. Je puis citer entre autres cas qui m'ont vivement frappé, la guérison de neurasthéniques héréditaires, et de paralytiques réputés incurables, par la science, et de nature non hystérique. Mais par contre, je dois avouer

(1) Travail extrait d'une brochure actuellement sous presse.

que j'ai observé d'autres cas, où l'eau était impuissante comme vertu médicatrice.

Ceci revient à dire que l'eau n'est PAS UNE PANACÉE, un remède à tous les maux, comme quelques-uns l'ont prétendu. Il n'y a du reste pas de panacée en médecine. Ce sont des exagérations de cette nature qui compromettent les meilleures causes par suite des succès. Qu'on allègue d'un autre côté qu'un malade se soit servi de l'eau sans résultat, s'est faire tout simplement le procès de la médecine et de la chirurgie, car enfin de compte tout ce qui guérit n'est pas absolu.

Pour tout esprit sérieux, le choix du procédé pour guérir un malade, ne doit reposer que sur une double considération : le risque à courir par le patient, et la permanence des résultats.

C'est ce qui faisait dire à Peter, un grand médecin français, dans la préface de l'ouvrage du docteur Duval : "Ce qui rend l'hydrothérapie supérieure à toutes les médications, c'est qu'elle n'introduit pas dans l'organisme des médicaments, — j'allais dire des "poisons". — Celui-ci reste après "ce qu'il était avant ; nulle molécule de son être n'est altérée, ce qui est bien quelque chose. Et "voilà pourquoi j'en use si volontiers." — "Employée "seule, l'hydrothérapie suffit dans bien des cas "morbides : ajoutée à d'autres médications, elle "en est le plus puissant auxiliaire".

On vient de voir que l'hydrothérapie a été pratiquée de tout temps. Aujourd'hui, on peut dire sans exagération, qu'elle est DE TOUS LES PAYS même du Canada. Cependant, c'est en Europe qu'il faut aller, si l'on veut bien juger du nombre et de l'importance des instituts hydrothérapiques, notamment en Autriche, en Hollande, en Italie, en Angleterre, en Allemagne et en France. J'ai eu l'avantage de visiter les principaux instituts hydrothérapiques qui existent à Paris, à Auteuil, à Passay, etc., etc., sans compter un grand nombre d'hôpitaux, tous pourvus de leurs salles de douches, et partout, j'ai remarqué que le traitement par l'eau était hautement apprécié.

C'est de l'hydrothérapie "rationnelle et raisonnée" qu'il s'agit aujourd'hui, et celle-ci après avoir conquis sa place dans les hôpitaux et à la faculté de médecine de Paris, dès 1859, grâce aux publications de Fleury, gagnait quelques années plus tard, sa cause devant l'académie de médecine.

En 1872, Charcot, L'ILLUSTRE CHARCOT j'en parle naturellement comme médecin—succéda à Fleury, et dès cette même année, prédisait dans la

chaire de la salpêtrière qu'il a immortalisée, que l'hydrothérapie serait la médecine de l'avenir.

Et à l'heure actuelle, l'hydrothérapie a-t-elle de plus zélés partisans que les maîtres de la médecine en Europe ?

Voyez Landousy, Raymond, Gilles de la Tourette, Dieulafoy, Auvard, Hayem, etc., pour ne parler que des sommités médicales de France. J'en passe, et des meilleurs. Eh bien, tous ne prescrivent-ils pas l'hydrothérapie avec un succès retentissant ? Fleury, Charcot, sont vraiment entrés dans l'immortalité, et c'est vers ces deux noms que se portera la génération reconnaissante.

On peut d'ailleurs s'expliquer la faveur désormais acquise à la cure d'eau, dans le fait que cette science est enseignée dans plusieurs grandes facultés de l'Europe ainsi Heildenberg, Zurich, Vienne, Berlin, ont des CHAIRES D'HYDROTHERAPIE très importantes et très appréciées. Et cette année, la question, toute d'actualité, fait le sujet principal du cours du célèbre professeur Landousy, à la faculté de médecine de Paris, "dont le but en choisissant ce sujet, disait-il dans son cours d'ouverture, est d'initier ses élèves à une thérapeutique "réfléchie," et d'en faire "des médecins guérisseurs". Que peut-on dire de plus et de mieux ? Un dernier mot : Quoique l'hydrothérapie possède à son actif un grand nombre de guérisons de maladies jugées incurables, elle NE CONTRE-INDIQUE PAS LES REMEDES. Elle peut se joindre aux autres médications. Et pour ma part, dans les maladies chroniques, je donne souvent des médicaments pour hâter "la guérison" que l'hydrothérapie toute seule aurait mis trop de temps à procurer.

Dr CHARLES N. DE BLOIS.

Revue des journaux

MEDECINE

Les Cirrhoses biliaires

par le Dr LERBOULLET

(Suite.)

Les causes que nous avons montrées jusqu'ici susceptibles d'agir ne sont ni certaines ni constantes. Il en est de plus directes révélées par la recherche des antécédents biliaires du malade et de ses ascendants, et qui montrent le rôle des conditions inhérentes au terrain dans la production de la maladie.

Ce rôle du terrain avait déjà frappé HANOT mais il n'avait pu le préciser. Il avait noté le jeune âge des sujets (vingt à trente ans pour lui et SCHACHMANN). Il avait remarqué que les sujets étaient chétifs malingres, à développement imparfait. "Doit-on supposer, disait-il à ce propos, que la débilité de l'organisme facilite l'action de l'agent infectieux ou toxique, facteur probable de la cirrhose, ou bien doit-on mettre l'état constitutionnel et la lésion hépatique sur le même plan, et chercher dans l'hérédité la cause première de tout mal ?" C'est cette seconde hypothèse qui nous paraît se rapprocher le plus de la vérité avec cette réserve toutefois que l'arrêt de développement n'est pas dû à l'hérédité, mais directement à l'affection hépatique.

L'hérédité, comme nous l'avons mis en relief avec notre maître M. GILBERT, dans une série de notes, joue en effet un rôle important. Il existe une véritable *prédisposition héréditaire et familiale aux infections biliaires chroniques*. Parfois, elle se manifeste par la présence de cirrhose biliaire chez divers membres d'une même famille (observations de HASENCKLEVER, de FINLAYSON, etc.); plus souvent, ce sont d'autres types d'infection biliaire que l'on constate : lithiase biliaire, ictère passager, angiocholite de types divers, etc., mais surtout on retrouve, chez les ascendants, la notion de la *cholémie familiale*. Sans elle, on ne pourrait souvent mettre en lumière le caractère héréditaire. Mais par la recherche des symptômes, qu'avec M. GILBERT nous avons décrits à cet état remarquablement fréquent (teinte jaunée spéciale de la peau, prurit et urticaire, troubles dyspeptiques, troubles nerveux, hémorrhagies, douleurs articulaires, etc.), on arrive à retrouver la notion d'une maladie des voies biliaires chez les ascendants. De toute façon, l'interrogatoire doit être précisé, sans quoi le caractère familial, alors même qu'il est évident, peut passer inaperçu. L'observation de FINLAYSON en est un exemple typique.

Chez la malade lui-même, l'interrogatoire, méthodiquement conduit, peut révéler la notion d'accidents antérieurs du côté des voies biliaires. Le plus souvent, c'est la *cholémie familiale* que l'on retrouve ainsi, rendue évidente par telle ou telle de ses manifestations. D'autres fois, les symptômes biliaires sont plus accusés, qu'il y ait eu ictère intercurrent et passager, ou qu'il y ait eu lithiase biliaire, avec crises de coliques hépatiques évidentes; il y a en effet des cas rares, mais indiscutables, où la lithiase biliaire se retrouve dans les antécédents. Longtemps on avait considéré, et ceci en partie sous l'impulsion de HANOT, que la lithiase biliaire ne jouait aucun rôle dans la production de la cirrhose hypertrophique biliaire. Néanmoins, HANOT, tout en se refusant à admettre son importance étiologique, notait, mais accidentellement, la difficulté de diagnostic des crises hépatalgiques du début et des crises de colique hépatique vraie. Depuis HANOT, il semble prouvé, par quelques observations, comme celle de GILBERT et FOUR-

NIER, comme plusieurs autres que nous rapportons, que certains cas peuvent rappeler, et par leurs caractères anatomiques, et par leurs caractères cliniques, la cirrhose hypertrophique biliaire, tout en s'accompagnant d'antécédents lithiasiques nets, et tout en présentant à l'autopsie une lithiase avérée, qu'il y ait ou non obstruction calculueuse du cholédoque. Ces faits, sur lesquels nous reviendrons, s'expliquent mieux aujourd'hui que l'origine infectieuse de la lithiase est admise par un grand nombre d'auteurs, et que, comme le disait RAYMOND, en 1891, "la présence de calculs dans les voies biliaires permet de conclure à la préexistence de germes dans ces voies qui sont aseptiques dans les conditions normales"

La recherche des antécédents biliaires, héréditaires ou personnels, donne donc, dans l'enquête histologique, dès résultats le plus souvent positifs. Elle montre, malgré un début parfois récent en apparence, un terrain prédisposé de longue date à l'infection biliaire ascendante; c'est pour exprimer cet état spécial qu'avec M. GILBERT nous avons créé le terme de *diathèse biliaire*. Dès lors, les infections fréquemment signalées dans les antécédents n'ont peut-être qu'une importance pathogénique secondaire: elles résultent souvent, comme la cirrhose biliaire elle-même, d'une auto-infection survenue en raison d'une prédisposition spéciale du sujet. Elles peuvent, néanmoins, toujours intervenir comme cause adjuvante favorisant le développement de l'infection biliaire ascendante.

Ce sont là, d'ailleurs, des données sur lesquelles nous reviendrons lorsque nous aborderons l'étude pathogénique des cirrhoses biliaires.

Des difficultés de diagnostic dans les attentats à la pudeur chez les petites filles

par M. BEAUGEARD

M. Beaugeard montre les difficultés insurmontables que présente souvent le diagnostic des attentats à la pudeur chez les petites filles.

L'examen de l'enfant est des plus délicats, il doit être pratiqué aussitôt que possible en présence de la mère ou d'une tierce personne, et répété plusieurs fois à quelques jours d'intervalle.

Les attentats avec violence sont les moins difficiles à constater, car les lésions qui les accompagnent, dans la majorité des cas, ne laissent guère place au doute. On devra toutefois éviter de prendre pour le résultat d'un crime un traumatisme purement accidentel.

Si les attentats ont été commis sans violence, ils peuvent ne pas avoir laissé de trace appréciable. S'ils ont été commis sans violence, mais sou-

vent répétés, la déformation et la flétrissure des organes seront des indices précieux. Cependant l'expert ne devra pas oublier que l'onanisme peut parfois provoquer une apparence du même genre.

Il n'existe aucun signe clinique qui permette de différencier la vulvite dite spontanée des enfants malpropres ou strumeuses, de la vulvite due à des attentats sans violence ; l'expert devra donc se montrer très prudent (même remarque en ce qui concerne les vulvites secondaires des petites filles débilitées par une affection antérieure).

La vulvite gonococcique est pour beaucoup d'auteurs d'origine vénérienne, ce qui ne veut pas dire criminelle, car le microbe de Neisser se transmet de cent façons diverses et la contamination peut être accidentelle. Toutefois on peut admettre que l'existence simultanée d'une vulvite à gonocoque chez un enfant, et d'une urétrite de même nature chez l'inculpe, constitue une présomption en faveur de l'accusation.

En ce qui concerne la transmission de la syphilis, on ne devra rien affirmer en se basant sur l'unique constatation d'un chancre ; on devra attendre d'autres symptômes, l'apparition à une époque déterminée à l'avance des manifestations diathésiques secondaires.

En présence d'une lésion érosive de la vulve d'origine suspecte, on ne devra pas oublier que certaines affections telles que la rougeole, la diphtérie, la varicelle, etc., sont des causes d'ulcérations vulvaires, et le diagnostic devra porter sur ce point.

Enfin l'expert ne devra accepter qu'avec beaucoup de réserves les déclarations des parents et des enfants.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

De l'alimentation rectale

STADELMANN étudie l'alimentation par voie rectale dans diverses affections (n° 22, 1901). Il prescrit le repos au lit absolu. Le matin, il fait pratiquer un lavement à l'eau pour nettoyer le rectum, une heure après on donne le premier lavement alimentaire, puis deux encore dans le courant de la journée. Rost prescrit les lavements de la façon suivante : 250 centimètres cubes de lait, un blanc d'œuf, une petite pincée de sel, un peu de farine et de vin, rouge (une cuillerée à bouche de chacun) ; en sorte que la quantité de nourriture injectée par jour varie entre 800 et 900 centimètres cubes, soit de 250 à 300 centimètres par lavement. La durée du traitement est ordinaire-

ment de six jours, mais, bien entendu, celle-ci varie avec la nature de la maladie traitée.

Ulcère de l'estomac.— On doit employer l'alimentation rectale quand il se produit des hématomés. Ewald emploie ce procédé dans tous les cas d'ulcère de l'estomac ; il remplace les cataplasmes chauds par des compresses échauffantes, ne fait prendre aucune boisson alcaline, mais prescrit un repos complet de l'estomac pendant une période de six jours. On combat la sensation de soif au moyen de gargarismes et d'ablutions de la bouche.

Le repos complet de l'estomac ou l'intervention chirurgicale, tels sont les moyens de choix à employer dans les cas graves d'ulcère stomacal. Après les six jours de repos complet de l'estomac, on doit revenir à l'alimentation *per os* mais avec de grandes précautions, en commençant avec quelques cuillerées de lait et en augmentant progressivement la dose.

Ewald n'emploie pas les lavements rétrogrades de bismuth prescrites par Kussmaul et Fleiner. Ce repos de l'estomac peut être porté au besoin jusqu'à attendre quatorze jours et même quatre semaines. Les lavements salins ou les injections hypodermiques salées sont quelquefois nécessaires pour calmer la soif. Quelquefois enfin, les lavements nutritifs occasionnent des douleurs violentes que l'on peut éviter en employant quelques gouttes d'opium ou des suppositoires à l'opium ; dans de pareils cas, il faut diminuer le nombre quotidien des lavements et remplacer les autres par des injections de solutions salées qui ne provoquent aucune douleur. Dans les troubles nerveux, le repos complet de l'estomac n'a aucun effet concluant.

Gastro-succhorée.— Les résultats du repos stomacal peuvent être bien différents en présence de cette affection, ils réussissent parfois, il échouent quelquefois complètement. L'auteur emploie dans cette maladie des lavages stomacaux avec des solutions au nitrate d'argent à 1/100 dont il injecte $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{2}$ litre dans l'estomac.

Dans les cas de dilatation ou d'atonie, le cure de repos stomacal peut donner des résultats satisfaisants dans certains cas où les autres traitements ont été impuissants (lavages stomacaux, massage, électricité).

Dans les maladies de l'intestin on peut parfois avoir recours à l'alimentation rectale. L'auteur a traité avec succès deux malades atteints de diarrhée profuse.

En ce qui concerne les carcimomes de l'estomac et du pylore, l'auteur n'est pas d'avis d'instituer dans ces cas l'alimentation rectale ; il préfère recourir aux grandes injections d'eau salée qui relèvent les forces du malade et permettent, le cas échéant, de pratiquer une intervention chirurgicale. Quand à l'opportunité du repos stomacal et de l'alimentation rectale chez les phthisiques, les diabétiques, les chlorotiques

atteints de troubles stomacaux graves, on peut dire que les indications dépendent de chaque individu en particulier. Dans certains cas de vomissements rebelles, les résultats peuvent être heureux ; dans les cas où il y a des états de collapsus, il vaut mieux recourir aux injections salines.

(Bul. gén. de thérap.—J. méd. de Paris.)

GYNECOLOGIE

La saignée du col dans la métrite

(KARL LANDENBURG.)

Voici les traitements qu'emploie l'auteur dans l'endométrite accompagnée d'altérations diverses des organes de voisinage.

Après dilatation du canal cervical, curetage ; toutes les parties de la muqueuse détachées par l'instrument sont soigneusement enlevées par la curette, des lavages et des injections, avec un antiseptique fort et un peu caustique ; introduction d'une mèche de gaze iodoformée. Dans les cas très anciens avec hypertrophie considérable de la muqueuse et récidive, on ajoute des attouchements avec une solution de chlorure de zinc à 50 O/0, en ayant soin de bien enlever l'excédent de caustique. Puis, pendant 3 jours, on donne 2 grammes d'ergot de seigle par jour.

Si la muqueuse cervicale présente des altérations plus prononcées, on l'excise, on coupe les végétations papillomateuses ou polypeuses à l'aide de ciseaux courbes, on cauterise les érosions et les ulcérations, on avive et on suture les grandes déchirures.

Quand l'organe présente une hypertrophie inflammatoire, dans les cas d'hypertrophie du museau, l'auteur fait, à l'aide d'un bistouri long, 3-6 incisions longitudinales dans chaque lèvre qu'on saisit, attire et renverse à l'aide d'une pince à griffes. Les incisions partent superficiellement de l'orifice interne, traversent, en divergeant et en devenant plus profondes, la muqueuse et la musculature, et finissent en se rapprochant de la superficie au bord antérieur de la lèvre.

On laisse saigner plus ou moins suivant l'état général de la malade et suivant l'intensité de la maladie locale.

On tamponne à l'aide iodoformée, qu'on enlève après 2-3 jours. On fait ensuite des injections vaginales antiseptiques et on laisse la malade au lit durant 4-8 jours.

Les scarifications du col si répandues autrefois n'agissaient pas seulement sur la métrite du col. Quand on songe aux nombreuses anastomoses entre les circulations du vagin, du col et du corps, on ne peut pas refuser aux saignées du col une influence sur

la circulation utérine. De nombreux auteurs ont admis l'action favorable des saignées. L'auteur a souvent constaté après les saignées une diminution persistante de l'utérus.

Les tampons de glycérine, le tamponnement vaginal (la columinisation des Américains), sont des auxiliaires utiles de la saignée.

L'amputation du col, l'excision de la muqueuse, entraînent des sténoses, la stérilité. Le procédé des longues incisions par la saignée, par la rétraction cicatricielle, conduit au même but, sans avoir les mêmes inconvénients.

L'auteur ajoute qu'il peut être utile de pratiquer des saignées dans les irritations chroniques du bassin et dans la dysménorrhée.

Bien entendu, il faut, au préalable, s'assurer que la dysménorrhée ne dépend pas d'une lésion anatomique, telle que sténose, antéflexion, rétroflexion, etc.

(J. de méd. de Paris.)

OBSTETRIQUE

Moyen de prévenir l'asphyxie dans la présentation du siège

Le procédé signalé par M. ORD est applicable lorsque l'existence du fœtus est menacée par la compression du cordon. Au cours d'un accouchement par le siège, tandis que le tronc était déjà sorti, l'accident qu'on observe fréquemment se produit : la tête refuse d'avancer. Pendant quelques instants, les pulsations du cordon ombilical continuèrent à être perçues, puis s'arrêtèrent. L'auteur avait dans sa trousse obstétricale, tout à fait fortuitement, une sonde d'homme en argent. Il introduisit cet instrument dans la bouche de l'enfant et, presque aussitôt, celui-ci se mit à crier, sa poitrine eut un mouvement d'inspiration et on évitait de la sorte l'asphyxie qu'on redoutait.

Au bout de quelques minutes une sonde de femme en argent fut introduite à côté de la première afin de laisser pénétrer un peu plus d'air. La tête ne tarda pas à pouvoir être extraite.

M. Ord pensa d'abord que cette méthode était absolument nouvelle, mais, au cours de recherches bibliographiques, il s'aperçut en lisant le Traité d'accouchement de Playfair que le procédé avait déjà été essayé, mais, ajoutait l'auteur, on ne pouvait compter sur ce moyen. Cependant l'observation qui précède montre qu'on peut parfois en tirer parti avantageusement.

Dans le même numéro de *The Lancet*, M. ED-

WIN SMITH propose également de prévenir l'asphyxie, dans les cas de "tête dernière", en introduisant un tube flexible dans la bouche de l'enfant. Il suggère l'idée d'ajouter dans la trousse des accoucheurs un tube de métal poli, du calibre d'une sonde moyenne et garni à une de ses extrémités d'un manchon de caoutchouc destiné à éviter de léser des parties molles de l'enfant. (*The Lancet*).

(*Gaz. méd. des hôpitaux.*)

L'expression du fœtus par la paroi abdominale

Par M. KEIM,

L'expression du fœtus n'est qu'une modalité de l'expression utérine. On peut, en effet, exprimer l'utérus, soit à terme, soit avant l'accouchement prématuré ou dans l'avortement complet ou incomplet ; on peut l'exprimer, soit pour l'expulsion du fœtus, soit pour l'expulsion du délivre. Dans tous ces cas, l'expression utérine n'est que le complément, le renforcement de l'élément physiologique, de la contraction musculaire termine la grossesse par l'expulsion de l'œuf et de son contenu.

L'expression, pendant la délivrance et même dans l'avortement, a été bien décrite depuis fort longtemps et souvent appliquée. Au contraire, l'expression du fœtus est moins connue, au moins en France. Nous n'étudierons dans ce travail que l'expression du fœtus par la paroi abdominale, éliminant, de parti pris, l'expression du fœtus pratiquée par le périnée ou par le rectum.

I

Historique.— L'expression du fœtus par la paroi abdominale serait de date relativement récente, si l'on s'en rapportait aux publications scientifiques. En réalité, elle est appliquée depuis très longtemps, comme nous l'indique l'histoire obstétricale des divers peuples.

Chez les peuples arabes, les frictions et le massage sont appliqués aux accouchements, pour activer l'énergie des contractions et faire sortir par pressions le produit de conception. En Kabylie, les matrones pressent de la tête le ventre de la parturiente et lui serrent fortement la taille avec les mains (Leclerc). Chez les nègres du Sénégal, une personne s'assied sur le ventre de la parturiente. Dans d'autres tribus celle-ci s'étend sur le ventre et une femme monte sur son dos qu'elle piétine avec force.

En Asie et en Amérique les mêmes pratiques se retrouvent (Meyerson). En Chine (de Villeneuve), on fait un massage du ventre et de la région lombaire.

Ces manipulations ne se font que pendant les contractions ; nous verrons que, scientifiquement, ce fait a une importance primordiale.

A ces frictions, s'ajoutent chez les Japonais des pressions et un véritable pétrissage, dans le but d'expulser l'enfant méthodiquement.

Au Mexique, la patiente est assistée de deux aides, l'une qui dilate la vulve et frictionne l'abdomen, l'autre qui étire la partie supérieure du tronc, et imprime de violentes secousses, pour activer l'accouchement.

Ces mêmes pratiques, avec des variantes, se retrouvent chez les Apaches, les Fuégiens, en Californie, etc. Nous n'y insisterons pas davantage et arrivons à l'histoire scientifique de la méthode.

L'expression du fœtus dérive, en quelque sorte, de celle du placenta dans la délivrance, méthode qui est, en générale, connue sous le nom de "méthode d'expression du fœtus date, pour ainsi dire, officiellement, du mémoire de Kristeller, on la trouve décrite, en partie du moins, bien avant cet auteur.

C'est ainsi, qu'elle est mentionnée par un chirurgien arabe du x^e siècle, Abulcasis, par Rodéricus a Castro, J. Rüff, A. Paré. L'expression de la tête dernière est expérimentée par Crédé lui-même. E. Martin propage la méthode par une communication faite à la Réunion des naturalistes et médecins allemands à Hanovre en 1855. Von Ritgen la conseille à son tour. Enfin Kristeller, dans une note préliminaire, puis dans un long mémoire, essaie d'en poser les indications. Il proclame que la surface externe de l'utérus est bien plus tolérante à la saisie par la main qu'on ne le pensait, et conclut, que pour la préparation, aussi bien que pour la préparation, aussi bien que pour la terminaison de l'accouchement, on peut avoir un moyen efficace de réussite dans les manœuvres externes.

Spiegelberg prétend qu'il ne faut employer la méthode que pour la présentation du siège.

Fritsch reconnaît ses avantages dans les présentations engagées, et pense, que l'expression est surtout un moyen de renforcer la pression sur l'œtal. L'opinion de Fritsch paraît tout à fait exacte ; quand, en effet, l'engagement est effectué, la force qui actionne la marche du fœtus est moins la contraction utérine que la contraction abdominale qui stimule et renforce directement l'expression.

D'autres auteurs défendent d'ailleurs les mêmes idées. Playfair, par exemple, croit que, toutes les fois que la tête est descendue sur le périnée, et où il y a retard dans l'expulsion du fœtus par faiblesse ou absence des contractions utérines, l'expression peut se montrer très utile. Elle stimule l'utérus indolent.

Pour Breisky, au contraire, l'expression a une action mécanique, plutôt que dynamique ; elle ajoute à la force représentée par la contraction abdominale.

C'est une véritable vis à tergo, qui aide les forces expultrices, par la pression sur le corps de l'enfant. Aussi, dit Bidder, n'est-elle dangereuse ni pour la mère, ni pour l'enfant. Cependant elle doit être employée seulement en période d'expulsion pendant la

période de dilatation, elle réussit rarement.

C'est également l'avis de Barnes, pour qui l'expression est un adjuvant favorable des opérations obstétricales et en particulier du forceps.

Schröder, au contraire de Hüter et de A. Martin, pense que la méthode peut servir dans la période d'expulsion, pour la tête engagée et surtout pour le siège.

Enfin en 1894, eut lieu, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, une communication de Strassmann. Il décrit les avantages et les indications de la méthode d'expression, ainsi que ces accidents; cette communication fut le point de départ d'une discussion importante, à laquelle prirent part Gessner, Dührssen, Martin, Winter et Veit. On en trouvera les détails dans notre thèse.

Pour bien comprendre le mode d'action de l'expression du fœtus, il suffit de rappeler qu'il est parallèle à celui de la contraction abdominale, qui est, pour ainsi dire, une expression spontanée. Aussi est-il indispensable de connaître le mécanisme de l'expression spontanée, pour savoir si l'expression artificielle ne fait que provoquer les contractions, que les renforcer, ou si elle est capable de se substituer à elles.

II

Expression spontanée.— L'étude expérimentale de l'effort nous apprend que son action est surtout localisée au niveau de la partie supérieure de la paroi antérieure de l'abdomen, et qu'elle s'exerce parallèlement à l'axe du détroit supérieur (Lawrentjeff).

L'étude clinique confirme ces connaissances et distingue la valeur de la contraction abdominale de celle de la contraction utérine.

La contraction abdominale n'est pas un facteur indispensable de l'accouchement, mais elle a un rôle important dans les phénomènes de l'expulsion, qu'elle accélère [Jacquemier Tarnier], et si des femmes paraplégiques ont pu accoucher spontanément, d'autres observations semblent démontrer que la paralysie des muscles de l'abdomen a suffi quelquefois pour retarder outre mesure la terminaison de l'accouchement.

D'autres faits cliniques nous démontrent encore la valeur de la contraction des muscles abdominaux.

Chez les femmes très grasses, les efforts utérins sont souvent impuissants, car l'utérus est privé de l'aide qu'il reçoit habituellement de la paroi abdominale (Cazeaux). De même, en cas d'éventration, le travail est parfois difficile et l'emploi du forceps est rendu nécessaire.

La paroi abdominale joue, d'ailleurs, déjà un rôle pendant la période de dilatation. Le sangle abdominale limite, en effet, l'antéversion de l'utérus, mouvement commandé par les contractions des ligaments ronds, et favorise ainsi, indirectement, la dilatation (Rivière).

Quoi qu'il en soit, son rôle pendant cette période

est limité. Nous dirons bientôt que l'expression artificielle, dans les mêmes conditions, n'a également qu'une importance secondaire.

C'est donc surtout à la période d'expulsion, que l'expression, soit spontanée, soit artificielle, a toute sa valeur. C'est pendant l'expulsion que les muscles abdominaux se contractent aussi bien sous l'action de la volonté que sous l'action réflexe. Cette contraction est sollicitée, comme l'a bien indiqué Jacquemier, par "la pression exercée de toutes parts sur le périnée" par la partie fœtale engagée.

(A suivre)

DERMATOLOGIE

Des principes généraux à suivre dans le traitement des maladies de la peau

par Willmond EVANS

L'auteur rappelle que le traitement des maladies cutanées n'est, en somme, qu'un chapitre de thérapeutique générale: et de fait, bien des affections ainsi dénommées ne sont le plus souvent que la manifestation à l'extérieur de phénomènes morbides de cause interne.

Par conséquent, dans le traitement des maladies de la peau, le régime aura une importance capitale. Plusieurs affections, en effet, telles que l'urticaire, n'ont-elles pas pour cause l'alimentation? M. Evans recommande donc d'apporter une grande attention à la composition du régime, qui doit être très régulier, afin de ne pas troubler les fonctions digestives; au sujet de l'alcool et du tabac, il a constaté que leur abus a toujours favorisé l'apparition de maladies cutanées. Certains médicaments, ainsi que la qualité du savon et de l'eau que nous employons d'ordinaire, doivent être incriminés dans la production de ces affections. Le climat et l'atmosphère méritent encore une considération particulière, car ne savons-nous pas, d'un côté, combien fréquentes sont certaines formes d'eczémas, au bord de la mer, et, d'un autre côté, combien nombreuses sont les améliorations, par l'air marin, dans les cas de lupus?

Il faudra donc, dit M. Evans, dans le traitement des affections cutanées, avoir recours à la médication externe, médication que complètera le traitement externe, car un grand nombre de ces affections relèvent d'un agent microbien local. Il semblerait, aujourd'hui, qu'il y ait, parmi les dermatologistes, tendance à exalter l'efficacité de celui-ci au détriment de la première. En effet, pour M. W. Evans, il y aurait grand abus des eaux minérales et des bains, ainsi que des médicaments à base d'arsenic.

Enfin, l'auteur, après avoir parlé très brièvement

des différents agents de médication cutanée, pommades, pâtes et poudres, note qu'au point de vue chirurgical la dermatologie peut devoir beaucoup, en certains cas, au grattage, à la greffe ou à la photothérapie.

(Revue de thérap. méd. ch.,—The Lancet.)

MALADIES VENERIENNES

Les bains de siège chauds contre l'épididymite blennorrhagique

Dandoy fait appliquer sur les bourses, dès le début, des compresses imbibées d'eau salée stérilisée et ordonne le repos au lit pendant six jours.

Le malade porte ensuite un suspensoir, tout en continuant l'usage des compresses humides. Lorsque les douleurs ne seront amendées, on prescrit des bains de siège de 40° ou 45°, d'une durée de quinze ou vingt minutes et qui sont répétés trois ou quatre fois par jours. Après chaque bain, le malade replace son pansement humide et remet son suspensoir.

Cette hydrothérapie chaude serait le moyen le plus efficace pour obtenir la disparition complète des noyaux indurés de l'épididyme et du canal déférent et pour assurer, par la suite, l'intégrité de la fonction génératrice.

La sensibilité des parties atteintes, une fois diminuée au point de permettre un léger massage, on fera faire, deux fois par jour, après le bain du matin et celui du soir, des onctions sur le testicule et le cordon avec une pommade iodo-iodurée, onctions qui seront continuées chaque fois pendant cinq minutes au moins, et on administrera à l'intérieur 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Dans les épидидymites subaiguës et chroniques, le traitement sera le même, mais on comprend que, plus les lésions sont invétérées, moins on a de chances d'obtenir un bon résultat.

(Journ. de méd. de Bruxelles)

Thérapeutique et Matière Médicale

Le traitement des gastrites chroniques

par M. le Dr A. ROBIN

A la première période, il faut apaiser l'excitation, le fonctionnement créatrice de la lésion anatomique, à la seconde, tenter d'arrêter l'évolution progressive de celle-ci, à la troisième, nourrir le malade, quoique la lésion paraît irrémédiable.

Première période.—Commencer par le régime lacté absolu, en choisissant le lait stérilisé et en n'arrivant

que progressivement aux doses utiles (3 à 4 litres) et en faisant de l'antisepsie indirecte au moyen d'agents actifs à doses trop faibles pour irriter la muqueuse gastrique (chlorure d'ammonium, soufre sublimé ou iodé, etc.).

Deuxième période.—On tentera ici encore le régime lacté absolu, qui est à la troisième période le meilleur mode d'alimentation, quand l'examen du contenu stomacal ne démontre pas l'absence du lab. Dans le cas où ce dernier existe, le lait sera utile si on l'additionne d'eau de chaux.

A quelque étape que ce soit, on continuera le lait aussi longtemps que possible, en ne cessant que si le poids diminue ou qu'un appétit impérieux se manifeste.

Dans l'étape acide de la deuxième période, le régime doit être sédatif, et stimulant dans l'étape de catarrhe muqueux. Dans la troisième période, on choisira les aliments qui séjournent le moins longtemps dans l'estomac, qu'ils soient apaisants ou excitants.

Comme règle générale, on ne donnera que des aliments réduits en purée, les aliments les plus digestibles.

Dans la période acide, le bouillon de pot au feu, les soupes épaisses, les viandes tendres, les aliments gélatineux, les poudres de viande, les poissons maigres les œufs à la coque, les pâtes alimentaires, les légumes en purée cuits à l'eau, etc., seront les aliments de choix. Comme boisson, l'eau pure, la bière de malt coupée d'eau, les infusions aromatiques chaudes.

Dans la période du catarrhe muqueux, l'alimentation sera animale et comme boissons les eaux minérales stimulantes (Pougues, Vals, Saint Galmier, etc.) les vins blancs légers, le thé et le café.

Dans le catarrhe acide, trois repas par jour suffiront : dans le catarrhe muqueux on en prescrira quatre à cinq : dans le stade atrophique, on conseillera cinq à six repas peu copieux.

Comme médication, il faut avant tout tenir compte aussi des trois étapes évolutives de la gastrite chronique. La sédation convient à la première période et à l'étape acide de la seconde, la stimulation aux étapes ultérieures.

Stimulants.—Aux préparations classiques, quassia, quassine, l'élixir de Gendrin, strychniques, condurango, trèfle d'eau, ipéca à très faible dose associé au bicarbonate de soude, l'auteur ajoute le métavanadate de soude, à la dose d'une cuillerée à dessert, $\frac{1}{2}$ heure avant le second déjeuner, tous les deux jours, d'une solution à 0.06 gr. pour 300 grammes d'eau.

Le persulfate de soude, à la dose d'une cuillerée à soupe une demi-heure avant les deux principaux repas, d'une solution de 2 gr. sur 300 gr. d'eau, est aussi très utile ; on cessera dès que l'appétit se manifestera.

La teinture d'iode, les iodures, le nitrate d'argent sont plus nuisibles qu'utiles. La gastérine de Frémont doit être essayée dans les cas rebelles.

Les vomitifs (ipéca 1,5 gr. en trois paquets, tous les quinze jours) produisent de bons effets à condition

d'être donnés aux seuls sujets encore vigoureux, avec stase et hypersécrétion muqueuse.

Les révulsifs (petits vésicatoires volants, tous les dix à quinze jours pendant deux mois) sont capables de donner d'excellents résultats et sont à tort négligés.

Le lavage de l'estomac n'est utile qu'occasionnellement quand l'estomac n'est pas vidé 6 à 7 heures après le repas et que les résidus en fermentation irritent la muqueuse.

L'électrisation, le massage, la gymnastique abdominale, contre indiqués à la période de catarrhe acide, sont d'utiles adjuvants quand il s'agit de stimuler l'estomac.

Dans la période atrophique, le traitement médicamenteux direct n'a plus de raison d'être ; on se trouve en présence d'un sac inerte. Il semblerait qu'en introduisant dans ce cas dans l'estomac de l'acide chlorhydrique, des ferments digestifs, on devrait obtenir une digestion artificielle remplaçant la digestion qui ne s'effectue plus. Mais, en pratique, les résultats sont bien incertains, car beaucoup de malades ne tolèrent en aucune façon cette médication.

Si, au cours de la deuxième et troisième étape de la gastrite chronique, des hémorrhagies surviennent, on cesse toute alimentation pendant douze heures, puis on institue le régime lacté absolu. Pendant la période de jeûne on fait une injection sous-cutanée avec une solution stérilisée de gélatine à 7⁰⁰/₁₀₀ et on fait ingérer toutes les trois heures une demi-cuillerée à café de lait de bismuth. Il ne faut jamais se servir de la sonde pour introduire ce dernier médicament. Au moment où on reprend le régime lacté, l'auteur prescrit de préférence les pilules suivantes :

Iodoforme.....	10 centigr.
Goudron de Norvège.....	50 —
Poudre de ratanhia.....	50 —

Divisez en 10 pilules : 2 à 4 par jour.

(Gaz. méd. Belge.)

Le traitement du rhumatisme par le citron

On sait que le traitement du rhumatisme par le citron est très répandu en Allemagne et cependant jusqu'ici rien de très scientifique sur ce sujet n'a été publié. M. le Dr Desplats a récemment cité dans le *Journal des sciences médicales de Lille* quelques faits pouvant venir à l'appui de cette méthode. Celle-ci consiste à avaler du jus de citron pur, à doses croissantes. Le premier jour on prend un citron, le deuxième jour 2, puis 4, 6, 9, 12, 15... jusqu'à 25 ; on diminue alors les doses dans les mêmes proportions, en sens inverse. On arrive ainsi à absorber en 20 jours le jus de 200 citrons.

Peu de personnes, peut-être, sont susceptibles d'arriver à ces doses extraordinaires.

M. Desplats cite un de ses malades qui, poussé par un article de journal, se mit à prendre des citrons jusqu'au bout. Il en éprouva de bons effets, parmi lesquels une augmentation considérable de son appétit. Depuis il n'a plus eu de poussées de rhumatisme. Il signala des faits semblables dans son entourage, et M. Desplats put constater lui-même qu'un malade, infirme depuis quatre ans, obligé de recourir à sa femme pour s'habiller, tout-à-fait impotent, pouvait, après avoir suivi le traitement, marcher avec une canne.

Chez un rhumatisant qui avait eu de nombreuses attaques, avec manifestations cardiaques, presque toujours souffrant et que les moyens ordinaires étaient impuissants à soulager, on essaya le citron, à doses croissantes, si bien qu'à la fin le malade absorbait, dans sa journée, cinq chopes de jus de citron pur. Au bout de 10 à 12 jours, son état s'améliorait manifestement, et le traitement n'était pas terminé qu'il n'avait plus de douleurs. En même temps, son état général s'améliorait, l'appétit devenait très bon. Chose curieuse, à la fin du traitement, au niveau de la région supérieure droite du thorax survint une douleur violente que l'on a pu expliquer.

Un deuxième malade, atteint du rhumatisme subaigu, se résolvant difficilement et résistant aux médicaments et topiques ordinaires, fut également très amélioré. A la fin du traitement, il éprouva la même douleur.

M. Desplats a essayé aussi l'acide citrique à la dose croissante de 2 à 10 grammes avec un certain succès.

Ce traitement par le citron, qui paraît au premier abord d'une application fort difficile, est cependant beaucoup mieux supporté qu'on ne pourrait le supposer. (Journ. de méd. et chir. prat.)

De la sitiophobie et de son traitement par M. GIMBAL

L'accès sitiophobique typique n'est pas fréquent. Pour M. Gimbal en effet, il est rare de constater un accès de sitiophobie aussi franc, aussi schématique, presque, évoluant avec ses trois phases : phase d'augmentation, à oscillation ascendante, composée d'une sitiophobie partielle, intermittente ; phase d'état, stationnaire, composée d'une sitiophobie totale, continue ; phase de déclin, formée d'une sitiophobie partielle, intermittente, le passage se faisant de l'une à l'autre par gradations insensibles.

Plus souvent, au lieu de cet accès complet, formé de ses trois phases, on aura un accès décomposé, formé d'une seule ou deux phases.

Il est fréquent que la sitiophobie reste à sa première phase, et dure plus ou moins longtemps partielle, intermittente.

Parfois, la troisième phase manque et la sitiophobie totale et continue de la deuxième phase est brusquement suivie d'une alimentation spontanée.

Il se peut que la deuxième phase seule existe, la sitiophobie totale et continue disparaissant comme elle est apparue, brusquement.

Enfin, il n'est pas rare que des phases de sitiophobie totale et partielle alternent.

M. Gimbal insiste sur la gravité des complications de la sitiophobie car sur ses dix-neuf malades, trois sont mortes de dysenterie.

Dans plus de la moitié des cas, la sitiophobie est due à la mélancolie.

La sitiophobie est bien moins fréquente dans la manie où elle se montre, d'habitude, arrêtée, totale, active.

Chez les héréditaires, la sitiophobie est assez fréquente, surtout chez les héréditaires sujets aux délires de persécution. Comme ces délires elle est capricieuse, non systématisée, polymorphe.

Le traitement de la sitiophobie dépend entièrement de la notion de cause, somatique ou psychique, ou psychosomatique. Dans ce dernier cas, on traitera chacune des deux causes, comme si elle existait seule. M. Gimbal insiste sur l'utilité de l'alimentation forcée et précise notamment les règles de l'emploi de la sonde œsophagienne.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Le Traitement de la pneumonie

L'étude du traitement de la pneumonie est une question d'actualité, en raison de la plus grande fréquence de cette maladie, à la suite des incessants retours offensifs de l'infection grippale, sous ses diverses formes.

Jusqu'à nouvel ordre, et en attendant qu'une médication spécifique soit mise à jour, le traitement de la pneumonie reste forcément symptomatique, sont tirées, les unes, de l'intensité de certains phénomènes morbides, les autres, des conditions individuelles des malades. Cela revient à dire qu'il y a, au point de vue du traitement, des pneumonies et non pas une pneumonie et par conséquent qu'il ne peut être question d'un traitement uniforme.

En tête de la médication classique figure la saignée,

Elle a eu sa période de grandeur, au commencement du siècle dernier ; l'illustre Bouillaud n'hésita pas à la proclamer le spécifique de la pneumonie. A cette vogue, sans doute exagérée, a fait suite une période de décadence qui dure encore. Cependant la dyspnée initiale peut être telle qu'elle fait craindre, à juste titre, une asphyxie prochaine, en ce cas la saignée est toute indiquée. Elle l'est encore bien davantage, un peu plus tard, au début de la période d'état, lorsque la survenance d'un œdème pulmonaire collatéral intense devient pour le malade une cause de péril immédiat. En pareilles circonstances l'amélioration qui suit la phlébotomie est tellement surprenante que l'idée d'une relation de cause à effet s'impose.

Dans les cas les plus habituels, la dyspnée est plutôt modérée et surtout provoquée par le point de côté qui oblige le malade à diminuer l'amplitude des mouvements respiratoires. Il convient alors de faire, *loco dolenti*, une ou deux applications de ventouses scarifiées ; cette émission sanguine locale n'a aucun inconvénient pour l'évolution ultérieure de la maladie et supprime habituellement, en très grande partie, la douleur.

Jadis le tartre stibié jouissait d'une grande vogue, dans le traitement de la pneumonie. Le tartre stibié, prescrit à la dose de 15 à 25 centigrammes dans une potion, était qualifié de contro-stimulant et passait pour avoir une action antipyrétique puissante. En réalité c'est un médicament dépressif du cœur ; à ce titre il est dangereux et on a eu raison de renoncer à son emploi.

La digitale habituellement prescrite en infusion, 60 centigrammes à 1 gramme pour 125 grammes d'eau avec 30 grammes de sirop, a été de tout temps considérée comme un excellent agent antithermique. Aujourd'hui elle a encore des partisans, mais elle compte aussi des détracteurs et des controverses nombreuses se sont élevées relativement à l'utilité et aux dangers de son emploi dans les cas de pneumonie.

En réalité, la digitale possède, non pas une action spécifique, comme cela a été affirmé maintes fois, mais une efficacité symptomatique incontestable. Son administration doit avoir pour but, non pas d'abattre la fièvre, mais plutôt de renforcer les contractions d'un cœur défaillant. On ne s'adresse plus à ses propriétés fébrifuges, mais à son action toni-cardiaque. La digitale est donc particulièrement indiquée, non pas indifféremment chez tous les pneumoniques, mais dans les cas où le cœur fléchit et où il s'agit de le stimuler énergiquement.

A un stade un peu avancé de la maladie, c'est-à-dire à la période d'état, caractérisée par une fièvre vive, une dyspnée intense due à l'œdème collatéral, et par des phénomènes nerveux plus ou moins bruyants, on a coutume d'administrer, *larga manu*, l'alcool. C'est encore là un agent, thérapeutique et toxique, dont il importe de ne pas abuser dans le traitement de la pneumonie.

On a attribué à l'alcool des vertus très diverses : on l'a représenté comme un fébrifuge, comme un agent d'épargne, comme un aliment respiratoire, comme un stimulant du cœur et du système nerveux, un dynamophore qui maintient et augmente les forces et met le malade en état de lutter contre la crise morbide. En thèse générale, l'alcool doit être réservé aux pneumoniques qui ont besoin d'une stimulation énergique et rapide du cœur et des nerfs, chez les malades qui offrent des signes d'adynamie cardiaque et des phénomènes de dépression nerveuse ; c'est le cas habituel chez le vieillard. A-t-on affaire à des malades jeunes, l'alcool, administré à hautes doses, n'est indiqué que chez les buveurs invétérés, qui ne doivent pas être privés de leur stimulant habituel, au cours d'une maladie fébrile. En règle générale, les indications de l'alcool se confondent en partie avec celles de la digitale, dans le traitement de la pneumonie. Il est un fait d'observation courante : en cas de cyanose intense, la digitale agit plus sûrement et plus rapidement si, au préalable, on a fait prendre au malade de l'alcool pour relever l'état défaillant du cœur.

Dans les cas, malheureusement fréquents, où l'adynamie cardiaque est prompte à se développer et à constituer un péril imminent, il faut recourir aux préparations de caféine, soit *per os*, soit, et cela vaut infiniment mieux comme rapidité et sûreté d'action du médicament, en injections sous-cutanées. La formule habituelle de ces injections hypodermiques est la suivante :

Caféine.....	} à 2 gr. 50
Benzoate de soude...	
Eau distillée bouillie.	Q s. pour 10 cent. cubes de solution.

Injecter 1 cent. cube, matin et soir.

Le professeur Michorst de Zurich a coutume d'administrer le salicylate de sodium et de caféine, en injections sous-cutanées. Il se sert, pour ces injections, de la solution suivante :

Salicylate de caféine et de sodium.	} à 5 parties
Glycerine.....	
Eau.....	

Injecter la valeur d'une seringue de Pravaz.

Les injections sous cutanées d'huile camphrée jouissent également d'une efficacité incontestable dans les cas de crises intenses d'adynamie cardiaque. On peut les associer aux précédentes, elles devront être répétées toutes les heures et même toutes les demi-heures au début, en cas de péril imminent.

Les narcotiques, l'opium et la morphine sont employés, à titre d'agents symptomatiques, pour combattre les douleurs, notamment le point de côté, et certaines formes de délire particulièrement bruyant, chez des individus nerveux et excitables, chez des femmes hystériques. Si la douleur de côté est très vive, une ou deux injections de morphine en auront souvent raison. Dans les cas habituels, les applications de ventouses sèches ou scarifiées, les applications de compresses imbibées d'eau

chaude, suffiront à rendre la douleur supportable.

Le recours aux antipyrétiques est généralement superflu, dans les cas de pneumonie franche ; il est rare que cette affection se complique d'une hyperpyrexie dangereuse. En tout cas, l'emploi des antipyrétiques internes, tels que l'antipyrine, la quinine, etc., etc., peut présenter de graves inconvénients et il est préférable de leur substituer, chez les individus qui supportent mal la fièvre, chez les alcooliques, les cardiaques, les femmes enceintes, les vieillards, la médication réfrigérante employée sous forme de bains tièdes ou d'enveloppements humides.

La *pilocarpine* a été beaucoup prônée en Allemagne et considérée par certains comme un spécifique de la pneumonie. Le professeur Eichhorst dont l'autorité est si grande en la matière, la présente comme un médicament dangereux, dont l'emploi par conséquent doit être restreint à des cas tout à fait particuliers.

L'expulsion des crachats et par conséquent la désobstruction des bronches pourront être obtenus à l'aide de l'administration de l'ipéca, du kermès et de l'oxyde blanc d'antimoine.

Les formules suivantes pourront être utilisées :

Ipéca.....	2 grammes
Faire infuser dans	
Eau.....	100 c. c.
Réduire à 90, passer et ajouter :	
Sirop de polygala.....	30 c. c.
Looch blanc.....	120 c. c.
Kermès minéral.....	0 gr. 30
Oxyde blanc d'antimoine.....	1 gramme
Looch blanc.....	120 c. c.
Par cuillerées à soupe.	

Dans ces dernières années, des essais de sérumthérapie ont été de divers côtés, contre la pneumonie. On a fait usage tantôt de sérum sanguin recueilli chez des pneumoniques en convalescence, tantôt de sérum provenant d'animaux auxquels on avait fait préalablement des inoculations de cultures du pneumocoque. Ces tentatives paraissent avoir donné, d'une façon générale, des résultats assez peu concluants. Plus récemment, M. Talamon, puis MM. Landrieux et Legros, ont fait usage du sérum antidiphthérique, à hautes doses, dans un assez grand nombre de cas de pneumonie. Bien que les résultats obtenus par ces auteurs aient été assez satisfaisants, il est permis de dire, qu'à l'heure actuelle, la sérumthérapie de la pneumonie est encore loin d'être entrée dans la pratique courante.

Un agent médicamenteux, connu sous le nom de *cérébrine*, doit être tout spécialement mentionné, dans cette étude sur le traitement de la pneumonie. Il est constitué par les principes immédiats du café, de la coca et du guarana, notamment la cocaïne et la théine associés dans un véhicule analgésique éthéré essentiellement diffusible et se présente sous la forme d'une liqueur

limpide, agréable au goût et dont l'emploi est absolument inoffensif.

La cérébrine existe sous cinq formes distinctes : la cérébrine simple, la cérébrine bromée, la cérébrine iodée, la cérébrine bromo-iodée et la cérébrine quiniée.

Dans la pneumonie la cérébrine peut être prescrite aux différents stades de la maladie. Associée à la quinine, elle concourt d'une façon efficace, à l'abaissement de la fièvre initiale et à la dépression nerveuse qui l'accompagne.

En raison de ses propriétés analgésiques, elle agit souvent merveilleusement contre le point de côté et par cela même contre la dyspnée, habituellement provoquée par le point de côté, en raison de la diminution, sous l'influence de la douleur, de l'amplitude des mouvements respiratoires. A un degré plus avancé de la maladie, alors que des phénomènes nerveux plus ou moins bruyants dominent la scène, la cérébrine bromée sera d'une utilité incontestable, grâce à ces propriétés sédatives. Dans les cas si nombreux où l'adynamie, d'une part, et la faiblesse cardiaque, d'autre part, mettent le malade en péril imminent, la cérébrine, soit simple, soit quiniée, administrée à petites doses et à intervalles rapprochés, constituera le médicament tonique et cardiaque par excellence. Plus tard encore, pendant la phase de résolution, la cérébrine iodée facilitera l'expectoration, et son emploi judicieux pourra prévenir dans plus d'un cas, la terminaison par abcès. Dans les formes chroniques, où la résolution du processus pneumonique est imparfait et où le malade se cachectise de plus en plus, la médication stimulante, et par conséquent l'emploi de la cérébrine, sous ses formes variées, sont d'absolue rigueur.

(La Corresp. méd.)

Rapport sur l'eau d'Apollinaris

M. le ministre de l'Intérieur demande à l'Académie son appréciation sur les conditions actuelles d'exploitation de l'eau d'Apollinaris.

L'attention de l'Académie a été appelée à plusieurs reprises sur l'eau d'Apollinaris introduite en France à la suite d'une décision ministérielle en date du 7 mars 1868.

La composition chimique eau et les conditions de captage intervenaient seules comme éléments d'appréciation au moment où a été pris cet arrêté d'autorisation. Depuis cette époque, les travaux modernes ont conduit l'Académie à considérer comme insuffisantes autrefois exigées. On demande maintenant que les eaux soient livrées à la consommation telles que les fournissent les sources bien captées, et sans autre traitement qu'un embouteillage exécuté dans les meilleures conditions d'asepsie. La décantation et la gazéification sont plus spécialement visées dans cette interdiction.

Deux prélèvements opérés aux saisons extrêmes sur les sources en instance permettent, en outre, de constater si la minéralisation est indépendante des influences saisonnières. Cette constance de la minéralisation est, avec l'analyse bactériologique, le plus sûr contrôle du captage.

La Commission des eaux fait également exécuter sur les eaux déjà autorisées des analyses périodiques qui permettent d'appeler au besoin l'attention du corps médical sur les variations de composition susceptibles de modifier les indications thérapeutiques d'une eau minérale.

Or, il résulte des analyses effectuées à diverses reprises au laboratoire de l'Académie que la minéralisation de l'eau d'Apollinaris a subi de profondes modifications.

Tandis que l'analyse primitive ne fait aucune mention d'acide carbonique libre, l'eau vendue actuellement en contient jusqu'à 4 gr. 70. En dehors de cet élément, les plus fortes divergences portent sur le chlorure de sodium, qui a varié de 1 à 3, et sur le carbonate de chaux (1 à 4 $\frac{1}{2}$).

Il est d'ailleurs de notoriété publique que l'eau d'Apollinaris est décantée, puis gazéifiée artificiellement au moment de l'embouteillage. Ces faits sont attestés officiellement par un jugement rendu le 9 juin 1900 par le Sénat civil de la cour suprême rhénane. Il résulte de cet arrêté, communiqué à l'Académie de médecine par M. le Ministre de l'Intérieur, que l'eau d'Apollinaris ne saurait être considérée comme une eau gazeuse naturelle ; le même jugement interdit à la Compagnie intéressée de la désigner en ces termes sur ses étiquettes.

Les conditions d'exploitation de l'eau d'Apollinaris n'étant plus en rapport avec les exigences actuelles de l'hydrologie médicale, et la minéralisation étant notablement différente de celle sur laquelle l'Académie a basé autrefois son appréciation, la Commission des eaux minérales propose à l'Académie d'émettre l'avis qu'il convient de rapporter l'arrêté d'autorisation.

(Bull. de l'Acad. de méd.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçon cliniques de chirurgie infantile, par A. Broca, chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants malades) Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. 1 volume in-8° broché, avec 73 figures dans le texte et 6 planches hors texte en photocollographie..... 10 francs.

Ce livre comprend trente-cinq leçons cliniques conçues de façon à compléter, pour ce qui est spécial à l'enfance, les descriptions des livres classiques,

toutes à peu près exclusivement établies sur ce qu'on observe chez l'adulte. Or, tout praticien sait combien sont importantes les particularités imprimées par l'âge à l'évolution de diverses lésions chirurgicales. Il lira d'abord avec fruit la première leçon, sur la manière d'examiner un enfant atteint d'une lésion des membres, puis il trouva un vrai traité de chirurgie infantile pour les nombreuses affections étudiées dans ces leçons (contusions articulaires et entorses, fractures, arthrites, ostéomyélites, appendicite, etc.). Quand à la manière dont ces sujets sont exposés, nous ne pouvons mieux faire que de citer les termes dans lesquels M. Ch. Monod a présenté l'ouvrage à l'Académie de médecine.

" Un tel livre échappe à l'analyse, et particulièrement à la courte analyse que je puis faire ici. Il me sera permis cependant de donner une idée des sujets touchés par M. Broca.

" Et tout d'abord les *fractures du coude* étudiées dans une série de neuf leçons : véritable monographie — avec figures et nombreuses radiographies — de cette lésion si fréquente chez les enfants, dont on ne peut examiner de trop près le diagnostic et le pronostic.

" Puis l'*appendicite* avec ce sous-titre très suggestif : pourquoi je ne suis plus radical ; puis une série de chapitres sur des cas moins fréquents chez les enfants : *anévrismes cirsoïdes, tumeur gazeuse du cou, lymphangite gangreneuse du scrotum, rein tuberculeux et néphrectomie, prolapsus de l'urètre, rétention menstruelle par cloisement du vagin*, points que M. Broca, avec un grand sens clinique, une érudition discrète et de bon aloi, avec une grande clarté d'exposition, sait présenter de façon à instruire et à intéresser ses auditeurs.

" Bref, livre qui sera bien accueilli par les élèves et par les praticiens et qui suffirait à démontrer, s'il en était besoin, à quel point la génération chirurgicale qui nous suit est à la hauteur de sa tâche."

A travers la Matière et l'Énergie, par le Dr F. E. Blaise, Ancien Interne des Asiles d'Aliénés de la Seine Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris Membre correspondant de la Société Médico-Psychologique de Paris, etc. Paris, librairie Ch. DELAGRAVE, 15, rue Soufflot. Un volume grand in-8°, 68 photographies dans le texte. Prix..... \$3.00

Le mouvement, manifestation de l'énergie, se trouve à l'origine des propriétés et de tous les états d'être de la matière homogène en son principe.

La matière et l'énergie reconnaissent un élément premier, la particule de primether, dont toutes les propriétés et dimensions : masse, énergie, équivalents, etc. étant prises pour unités, toutes les lois connues deviendraient réductibles à la loi de la conservation de la matière et de l'énergie, expression elle-même de la formule fondamentale de la mécanique. L'existence de cet élé-

ment fournit le moyen d'interpréter les phénomènes lumineux et électriques, et montre que les lois qui président à l'induction électrique autant qu'à la rotation des machines magnéto et dynamo-électriques sont mécaniques.

Il n'y aurait donc en l'univers, qui puisse nous être directement accessible, que la matière et l'énergie dont les rapports seraient régis par les lois de la mécanique ; et l'application simple et facile de ces lois à tout ce qui existe (phénomènes biologiques, thérapeutiques, moraux sociaux, etc.), et même à nos raisonnements et à nos pensées, le démontrerait encore.

Pour déterminer enfin, l'auteur établit une réfutation du Darwinisme, puis un intéressant parallèle entre les vérités scientifiques et religieuses qui, *bien qu'elle ne puissent être indentifiées*, avec ce nouveau système philosophique apparaissent en parfait accord.

Traité de Technique opératoire, par Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille. 2 forts volumes gr. in-8°, avec de très nombreuses figures dans le texte. (Masson et Cie, éditeurs). En souscription..... \$8.50.

Le tome I, formant un volume de 960 pages, illustré de 932 figures est actuellement en vente au prix de l'ouvrage complet. Le tome II sera remis gratuitement à partir de 1er octobre, aux souscripteurs de l'ouvrage.

Quel est le chirurgien qui, à la veille de pratiquer une opération importante, n'a parfois éprouvé le besoin de rafraîchir ses souvenirs et de rechercher comment d'autres, avant lui, l'avaient exécutée ?

MM. Monod et Vanverts, en publiant le livre que nous annonçons, ont pensé répondre à ce désir dont ils avaient eu souvent occasion de recueillir l'expression. Il semble donc que, à côté des livres excellents qui sont dans toutes les mains, où sont décrites les opérations chirurgicales courantes, et de ceux où les questions d'indications chirurgicales sont largement exposées, il y avait place pour un traité de *technique pure* devant servir, non à décider si telle opération doit être faite, mais à montrer, la décision une fois prise, comment elle doit être conduite.

Pour donner à leur ouvrage des dimensions restreintes et le mettre ainsi à la portée de tous les praticiens, les auteurs se sont contentés, pour chaque opération, de décrire aussi clairement et aussi complètement que possible le procédé de choix sans s'interdire cependant d'indiquer, lorsqu'ils le jugent nécessaire, d'autres moyens d'exécution recommandables pour certains points spéciaux ou s'appliquant à des cas par-

ticuliers. L'étude de l'opération proprement dite est de plus, toutes les fois qu'il y a eu lieu, précédée de l'indication des préliminaires qu'elle nécessite et suivie d'une revue rapide des principaux accidents qui peuvent l'accompagner et des moyens d'y remédier ; suit enfin l'exposé des soins immédiats et consécutifs qu'il convient de donner à l'opéré. Tout le cycle opératoire, considéré à un point de vue essentiellement pratique, est ainsi parcouru, de très nombreuses figures intercalées dans le texte en facilitant la compréhension.

Le *Traité de Technique opératoire* est divisé en deux volumes. Le tome I comprend : 1° une introduction sur les *Méthodes et procédés de l'asepsie et de l'antisepsie* sur les *moyens de réunion et d'hémostase* et sur l'*anesthésie* ; 2° les opérations sur les divers tissus (peau, os, articulations, muscles et tendons, synoviales tendineuses, vaisseaux, nerfs) ; 3° les opérations sur les membres, le crâne et l'encéphale, le rachis et la moelle, l'appareil visuel, le nez, les fosses nasales, les sinus de la face, le naso-pharynx, l'oreille, le cou, le thorax, le sein.

Le tome II, qui paraîtra en octobre, contiendra les opérations sur la bouche, les glandes salivaires, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, le rectum et l'anus, le foie, les voies biliaires, la rate, le rein, l'urètre, la vessie, l'urètre, les organes génitaux de l'homme, les organes génitaux de la femme.

Les deux auteurs, que rapprochait déjà une collaboration scientifique qui date de loin, étaient particulièrement qualifiés pour accomplir leur tâche : l'un apportant à l'appui de l'œuvre commune une expérience déjà longue et des qualités d'exposition dont il a donné des preuves nombreuses ; l'autre, toute l'ardeur d'une jeunesse laborieuse que ne devaient rebuter ni les longues recherches, ni les mille détails d'une pareille entreprise. Ils ont fait œuvre utile et nous ont donné là un ouvrage magistral, indispensable à tout praticien soucieux de bien faire et qui sera parmi les livres à consulter le plus souvent avec le plus de fruit.

Manuel pratique du Traitement de la Diphtérie ; Stérothérapie. Tubage, Trachéotomie, par M. DEGUY, ancien interne des hôpitaux, ancien moniteur de Tubage et de Trachéotomie de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades, chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital des Enfants (service de la Diphtérie), et BENJAMIN WEILL, interne des hôpitaux, moniteur de Tubage et de Trachéotomie de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. Avec une introduction par A. B. MARFAN, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.—Un volume in-8° illustré de 69 figures et photographies. (Masson et Cie, Editeurs). Prix.....\$1.50

Cet ouvrage vient à son heure. Les dernières statistiques accusent un recrudescence anormale de la diphtérie. Des articles récents ont remis en question

le traitement de cette maladie et certaines critiques ont pu troubler l'esprit de praticiens.

Dans cet ouvrage, les auteurs se sont proposé d'indiquer l'état actuel des notions acquises et de fournir au médecin un guide sûr et détaillé.

Tour à tour ils passent en revue la "sérothérapie," le "traitement local," le "tubage" et la "trachéotomie" dont ils précisent le manuel opératoire et les indications. La conduite à tenir dans les diphtéries associées, dans les complications précoces et tardives, est relevée dans les moindres détails.

Un chapitre très complet est consacré à la "prophylaxie," à l'étude des injections préventives, du licenciement des écoles, de la désinfection.

Diverses considérations de "médecine légale" terminent le volume, dont les illustrations, photographies et radiographies rendent la lecture facile et instructive.

Une intéressante "introduction" due à la plume de M. le professeur agrégé Marfan, donne un aperçu historique très documenté sur le traitement de la diphtérie. Le savant médecin de l'hôpital des Enfants-Malades apprécie lui-même en ces termes l'ouvrage de MM. Deguy et Benjamin Weill :

" Leur ouvrage est le miroir fidèle de ce qui se fait au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades. Dans celui-ci, il y a une tradition composée des remarques, des observations, des procédés de plusieurs générations de médecins, d'internes, voire même de surveillantes et d'infirmières. Cette tradition se transmet oralement ; on s'est peu occupé de l'écrire. MM. Deguy et B. Weill ont réussi à la faire entrer dans leur livre. J'ose croire qu'ils auront rendu service à leurs confrères.

POTION A L'HUILE ETHERÉE DE FOUGERE MALE

Huile étherée de fougère mâle.	3 gr.
Teinture de vanille.	3 gr.
Sirop de térébenthine.	25 gr.
Gomme arabique pulvérisée.	2 gr.
Eau distillée.	25 gr.

A prendre d'une seule fois dans égale quantité de lait. Huile de ricin quelques heures après.

(*Jour. de méd. de Paris*)

CONTRE LES TACHES DE ROUSSEUR

(E. PERIES)

Appliquer sur les taches de rousseur pendant 5 minutes un tampon de coton hydrophile imbibé d'eau oxygénée.

S'il y a irritation de la peau, on fera une onction avec de la lanoline, ou bien on lavera avec de l'eau boriquée chaude étendue d'un tiers de glycérine.

(*Jour. de méd. de Paris*)

Supplément Littéraire

Accouchements ordinaires

(Suite)

Un curieux procès fut soumis en 1636 au Parlement de Grenoble. Mme d'Aiguemerre avait eu un fils quatre ans après l'absence de son mari. La dite dame soutenait qu'encore que véritablement le sieur d'Aiguemerre n'eût été de retour d'Allemagne et ne l'ait ni vue, ni connue depuis quatre ans, néanmoins la vérité était telle que s'étant imaginée en songe la personne et l'accouchement du dit sieur d'Aiguemerre, elle en reçut les mêmes sentiments de conception et de grossesse qu'elle eût pu recevoir en sa présence. La Cour, après constatations de plusieurs médecins de Montpellier, ordonna que cet enfant fût déclaré fils légitime et héritier du sieur d'Aiguemerre.

On supposait, ajoute Troussel, qui rapporte ce fait singulier, que la nuit du songe de la Dame était une nuit d'été, que la fenêtre était ouverte, son lit exposé au couchant, sa couverture en désordre et que le zéphir, ou sud-ouest, dûment imprégné de molécules organiques et d'embryons flottants l'avait fécondée.

De telles rêveries ne feraient pas aujourd'hui fortune et si une femme devenue enceinte en l'absence de son mari ne proposait d'autres causes de sa grossesse que des exhalaisons aériennes, elle courrait grand risque d'obtenir immédiatement le divorce, mais au profit de son mari.

Dr RYBES.

L'utilité de l'étude du grec pour le médecin

Depuis un certain nombre d'années, la question de l'utilité du grec pour les études de médecine a été soulevée à maintes reprises : le grec a eu dans le corps médical de chauds partisans, il a eu aussi ses détracteurs non moins convaincus, mais ces derniers ne me paraissent pas avoir poussé bien loin la discussion.

Cette question ayant un immense intérêt au point de vue pédagogique, le *Concours médical*, si largement ouvert à toutes les idées, ne refusera pas ma modeste contribution à son étude.

Je crois que jusqu'à présent on a suivi une route quelque peu fautive : on a procédé par affirmation bien plutôt que par expérience ou déduction — et pourtant les médecins sont des expérimentateurs ! — Aussi m'est-il venu à l'esprit de soumettre cette question du grec aux deux expériences suivantes, que chacun peut du reste vérifier à loisir.

J'ai d'abord interrogé un de mes jeunes amis, élève de philosophie ayant été reçu très honorablement à son baccalauréat, en juillet dernier, et je lui ai demandé ce qu'il pouvait me répondre au sujet du sens

et de l'étymologie des 60 mots médicaux suivants qui sont tirés du grec :

Anthelminthique, rhumatisme, hématomèse, acromégalie, adynamie, aéropiésie, agalactique, alopecie, aménorrhée, analeptique, anévryme, angiome, ankylostome, anthrax, antipyrine, antispasmodique, arthropathie, asthme, asystolie, athérôme, athrepsie, balanite, blépharite, botriocéphale, cacodylate, candaride, cardiopathie, céphalée, chéloïde, chorée, cirrhose, dacryocystite, diathèse, diphtérie, diurétique, dysenterie, dysménorrhée, dyspnée eclampsie, eczéma, embryocardie, emménagogue, emphyème, empyème, entérite, épithéliome, érysipèle, gastrite, gonorrhée, hématurie, hémiplegie, hémoptysie, hémorrhagie, hémorroïdes, herpès, hydarthrose, hydrocèle, hypnotique.

J'ai pris ces mots au hasard, dans l'ordre où je les ai trouvés dans l'index alphabétique d'un ouvrage médical, je ne recherchais donc pas les mots difficiles.

Voyons le résultat :

Dix mots étaient connus complètement de mon bachelier : adynamie, antipyrine, cardiopathie, céphalée, chorée, dyspnée, gastrite, hémoptysie, hémorrhagie, hypnotique.

Pour antispasmodique, il connaissait *anti* ; pour botriocéphale, *kephale* ; pour hydarthrose et hydrocèle, *odor* ; pour hématurie, *aima* ; et c'était tout.

Il convient d'ailleurs de remarquer que les mots connus de lui sont d'un usage courant, et il n'est pas bien sûr que ces études grecques l'aient aidé beaucoup à en déterminer les sens.

Ce résultat ne me satisfaisant pas complètement, j'ai voulu pousser plus loin l'expérience et je me suis adressé à un autre de mes amis, licencié ès lettres celui-là, et élève de l'École normale supérieure. Depuis la rentrée de novembre, il s'est plutôt spécialisé dans l'étude de la philosophie, mais on ne niera pas cependant que ses connaissances grecques ne soient de beaucoup supérieures à celles de la presque totalité des étudiants en médecine.

Il a trouvé : adynamie, agalactique, anthrax, arthropathie, asthme, cacodylate, cardiopathie, céphalée, chorée, diphtérie, dyspepsie, dyspnée, embryocardie, entérite, gastrite, hématurie, hémiplegie, hémoptysie, hémorrhagie, hydarthrose, hypnotique.

Mais dans hématomèse, il n'a trouvé que *aima* ; dans acromégalie *megalos* ; dans ankylostome *stoma* ; dans botriocéphale, *kephale* ; dans gonorrhée, *ainenos*.

Analeptique était pour lui *idée de chute*, dans alopecie, il voyait *un renard*. Dans aménorrhée, il trouvait *reo couler et ainenos agréable* !

On peut s'arrêter là.

Faut-il s'étonner d'un tel résultat ? Je ne le crois pas : le vocabulaire médical est très spécial et ce n'est pas l'étude d'Homère qui l'enseigne.

Qu'on me permette une dernière anecdote : j'en certifie l'authenticité.

C'était à l'époque où MM. Legendre et Lepage faisaient à la Faculté leurs intéressantes conférences de déontologie.

Je quittais mon normalien pour aller à la conférence faite ce soir là par le Dr Lepage, et comme il me demandait ce qu'était la déontologie, je lui dis de chercher dans ses souvenirs grecs et de me répondre lui-même ce que ce pouvait être.

— " *dei...* il faut ; *logos...* on... *ontva...* Tu dis que le Dr Lepage est un accoucheur ?

— Oui.

— Eh bien ! c'est la science qui traite de la partie pratique des accouchements !

Après ce dernier trait qui, je puis bien le dire, m'a donné l'idée de mon enquête, il me semble qu'il faut s'incliner et convenir que l'étude faite actuellement du grec sert bien peu à la compréhension des termes médicaux.

Voyons, tous les médecins ont fait du grec, tous connaissent le mot rhumatisme, c'est un mot archicourant. Combien y en a-t-il qui pourraient donner son étymologie ?

J'en conclus que l'étude du grec n'a pas plus de raison d'être pour la compréhension des termes médicaux que l'étude de l'arabe pour celle des termes de chimie dont certains pourtant dérivent de cette langue.

Si l'on objecte que, depuis la Renaissance, les médecins ont toujours appris le grec, je répondrai qu'aux temps lointains ils savaient sans doute assez de grec pour lire un texte et qu'alors les auteurs étaient rédigés en cette langue ; mais qu'aujourd'hui les médecins, à part de très rares exceptions, ne vont pas puiser leur science dans Hippocrate ou dans Aristote, et que l'étude complète d'une langue moderne leur rendrait beaucoup plus de services en leur permettant de se tenir au courant des travaux parus à l'étranger. Ce serait pour leur intelligence une gymnastique aussi bonne que peut l'être celle de quelques mots grecs qu'ils ont appris en bâillant au collège.

Dans les programmes qu'on remanie sans cesse on veut tout faire entrer : le résultat est que l'étude du grec est réduite à des notions insignifiantes et que l'étude des langues vivantes n'est pas poussée assez loin pour être de quelque utilité.

Je ne m'inclinerais que devant une seule raison, c'est si l'on disait que vu le nombre toujours croissant des étudiants en médecine, l'étude grec peut être une barrière à l'envahissement du corps médical et que cette barrière est difficile à changer ou à remplacer.

Je m'inclinerais, je le répète, devant cette raison majeure, mais tout en m'inclinant, je ne pourrais que continuer à sourire en entendant les apologistes de l'étude du grec.

(LOUIS GASSOT, in *Le concours méd.*)

Centenaire de l'Internat en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris

La célébration du Centenaire est fixée au 24-25 mai, la date du 13 avril n'ayant pu être conservée en raison de la période électorale. Le programme est ainsi arrêté : Samedi 24 mai, à 2 heures : Séance solennelle dans la salle des Fêtes du Trocadéro ; à 7 h $\frac{1}{2}$, banquet au Palais d'Orsay. — Dimanche 25 mai, à 2 heures : Inauguration du Monument élevé dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement ; à 8 h $\frac{1}{2}$, représentation à l'Opéra-Comique, au bénéfice de l'Association amicale des Internes et Anciens Internes. — *Avis important.* Une circulaire a été adressée le 8 avril, à tous les internes et anciens internes : cette circulaire contient des renseignements essentiels pour tous ceux qui veulent participer au Centenaire (chemins de fer, représentation, médaille, etc.) ; les souscripteurs, qui ne l'auraient pas reçue, sont priés de le faire savoir au Trésorier, 2, rue Casimir-Delavigne.

On a définitivement arrêté le programme du gala qui sera donné le second jour des fêtes de l'Internat, le soir du dimanche de la Trinité, à l'Opéra-Comique, et dont nous avons indiqué les grandes lignes. Harau-court a composé la grande pièce de vers de circonstance, et c'est naturellement Paul Mounet, un médecin pourvu de tous les diplômes de la Faculté, qui dira ces vers avec Mme Segond-Weber. Fugère jouera deux actes de *Médecin malgré lui*, de Gounod. Enfin, la soirée se terminera par une "Revue médicale", due à la collaboration de M. de Weindel et du Dr Paquy, ancien interne des hôpitaux.

(Gaz. méd. de Paris.)

LES ASILES D'ALIENES OUVERTS

Le système de la "porte ouverte" n'est pas seulement une doctrine économique ; c'est aussi une méthode préconisée par de nombreux aliénistes. C'est depuis quelques années seulement qu'on a commencé, en France, à laisser les fous jouir d'une demi-liberté ou à les placer dans des familles qui en assuraient la garde. Une statistique récente apprend les résultats de ce système. Elle démontre que, plus un asile d'aliénés s'entoure de murailles rébarbatives et prend des aspects de casernes ou de prison, plus les évasions y sont fréquentes. C'est ainsi qu'à Villejuif, qui réalise ce type accompli, sur 1,392 aliénés, il y a eu, en une seule année, 49 évasions, soit un peu plus de 3 pour 100. Au contraire, à Ville-Evrard, qui n'est même pas clôturé extérieurement et où l'on applique la méthode de la plus grande liberté, sur 1,129 malades, on ne relève que 29 évadés, soit environ la proportion de 2,5 pour 100. Encore la plupart d'entre eux sont ils rentrés de leur plein gré, ayant simplement voulu s'octroyer une journée de vacances ou voir leur famille. On a même constaté que le seul fait d'avoir clôturé, par une haie vive, un champ où se trouvaient des travailleurs atteints de maladies mentales, provoquait des évasions plus fréquentes.

(Ibid.)

Travaux Originaux

DES ULCÉRATIONS VÉSICALES ET EN PARTICULIER DE L'ULCÈRE SIMPLE DE LA VESSIE

par M. le Dr RENÉ LE FUR

Membre adjoint de la Société anatomique. Chirurgien à l'hôpital Péan, à Paris,

Le chapitre des ulcérations vésicales est très vaste, très étendu, très complexe, bien étudié sur certains points, tandis que d'autres sont presque complètement laissés dans l'ombre. Cela résulte de ce qu'il n'existe pas d'étude d'ensemble des ulcérations vésicales; contrairement aux anciens auteurs qui faisaient toujours une description à part des ulcérations vésicales et leur accordaient une grande importance en pathologie urinaire, les auteurs actuels ont rayé ce chapitre du cadre nosologique, en rejetant leur étude à celle des différentes affections vésicales qui les engendrent. Il y a eu là excès d'esprit analytique; et il convient, à notre avis, de refaire la synthèse de cette question.

Sur le conseil de notre maître, M. le Professeur Guyon, nous avons donc entrepris l'étude approfondie de cette question, au point de vue clinique et expérimental; et nous n'avons pas tardé à nous rendre compte que tout un groupe d'ulcérations vésicales était méconnu ou ignoré par la plupart des auteurs: à savoir "les ulcérations simples de la vessie;" seules quelques rares publications isolées mentionnaient cette variété pourtant si intéressante d'ulcération vésicale; mais il n'existait aucun travail d'ensemble sur ce sujet. Nous avons tenu à combler cette lacune, en publiant le résultat de nos recherches poursuivies depuis plusieurs années dans le laboratoire de M. le Professeur Guyon.

Voici comment nous nous exprimions dans une communication au Congrès International de Médecine (Section de Chirurgie urinaire):

"Je voudrais montrer qu'il existe dans la vessie, comme dans l'estomac comme dans l'intestin, des ulcérations simples, non symptomatiques d'une lésion vésicale primitive. Ulcérations dont la symptomatologie est souvent obscure, dont le diagnostic, impossible autrefois, peut être fait aujourd'hui grâce aux perfectionnements apportés à la cystoscopie; et

dont l'évolution peut reproduire toutes les modalités des ulcérations de l'estomac: soit 'le type aigu, perforant d'emblée,' accompagné d'hémorragies abondantes et de perforation rapide—soit 'le type chronique,' à évolution lente, accompagnée de lésions inflammatoires, d'abord au niveau de la lésion ('ulcère à bords indurés et épaissis'), diffusant ensuite dans toute la vessie, en donnant de la cystite et de la péri-cystite, et jusqu'au niveau des reins, créant ainsi les lésions ascendantes de pyélonéphrite auxquelles finit par succomber le malade.

La pathogénie de ces ulcérations est encore loin d'être éclaircie; j'essaierai de donner une interprétation pathogénique basée à la fois sur la clinique, l'anatomie pathologique, et sur un certain nombre d'expériences de laboratoire que j'ai entreprises sur les animaux.

"Quant au traitement, il importe de ne pas le négliger car une intervention appropriée, faite en temps opportun, peut très bien sauver le malade qui court les plus grands dangers si l'affection est méconnue et abandonnée à elle-même.

"Il est nécessaire dès le début, de distinguer 'deux grands groupes d'ulcérations vésicales:'

"1° Les ulcérations qu'on peut appeler 'symptomatiques' d'une lésion vésicale primitive et qu'on peut observer par exemple à la suite de néoplasme, tuberculose, calculs, corps étrangers, cystites chroniques, cystites aiguës, etc.

"Je ne m'occuperai pas ici de ces ulcérations qui sont les plus connues et dont les caractères ont été bien étudiés, surtout depuis la période cystoscopique. Je me contenterai seulement de faire remarquer combien on a de tendance à agrandir aujourd'hui le cadre de ces ulcérations symptomatiques, notamment des ulcérations tuberculeuses, au détriment des ulcérations simples, et à y renfermer toutes les ulcérations douteuses, ou de causes inconnues.

2° "Les 'ulcérations simples' qu'on pourrait encore appeler primitives, essentielles, pour les opposer aux premières et qui ne sont dues ni à une lésion primitive de la paroi, ni à une cystite antérieure: à ce groupe appartient notamment l'ulcère simple de la vessie; ce sont les plus intéressantes, les moins connues; ce sont les seules dont je m'occuperai ici.

"En dehors de Mercier et d'Olivier qui ont dé-

crit des ulcères simples de la vessie avec quelques erreurs d'interprétation, on rencontre éparses dans la littérature médicale, un certain nombre d'observations de ce genre. Moi-même j'ai retrouvé trois pièces très intéressantes d'ulcère simple de la vessie dans le musée de mon maître, M. le professeur Guyon, et dans son service de l'hôpital Necker, j'ai eu l'occasion dernièrement encore d'en observer un cas.

“ Parmi les auteurs actuels, trois seulement ont nettement pris parti dans la question, affirmant l'existence de l'ulcération simple de la vessie, et en étudiant les caractères cliniques, anotomo-pathologiques, et la pathogénie.

“ Fenwick, par ses multiples publications, par ses nombreuses cystoscopies (il a observé au moins dix cas d'ulcération simple à lui seul) a fourni des documents très importants pour l'étude de cette question, ‘ Huit années de cystoscopie soignée et persévérée, écrivait-il déjà en 1896, m'ont montré que le chapitre des ulcérations non malignes de la vessie était à refaire. Je suis arrivé à la conviction qu'il existe plusieurs formes simples d'ulcération diagnostiquées à tort comme tuberculeuses et considérées aussi à tort comme incurables. Une des variétés les plus fréquentes et les plus intéressantes, comme aussi la plus simple, parmi les ulcérations chroniques de la vessie, est l'ulcère simple isolé ou solitaire de la vessie.’

“ J'ai écrit dernièrement à Fenwick pour savoir si sa conviction s'était encore fortifiée depuis lors en faveur de la fréquence de l'ulcération simple; il m'a répondu affirmativement, me disant qu'il en avait observé plusieurs autres depuis.

“ Castaigne a publié en mars 1899, dans les ‘Bulletins de la Société anatomique,’ une observation excessivement intéressante d'ulcère simple de la vessie, accompagné d'hématuries très abondantes et de perforation vésicale; c'est l'observation la plus complète que nous possédions, car l'histoire clinique, la description de l'ulcération, les examens histologiques et bactériologiques y sont relatés avec de minutieux détails.

Enfin Gandy, dans sa thèse remarquable de doctorat; ‘ l'Ulcer simple et la nécrose hémorragique des toxémies,’ a réuni quelques cas d'ulcération sim-

ple de la vessie et leur attribue la même pathogénie qu'aux ulcérations gastriques.

“ Parmi ces ulcérations simples de la vessie, il en existe ‘ deux types ’ bien différents au point de vue des symptômes, de l'évolution et de l'anatomie pathologique; et qu'on peut superposer aux variétés correspondantes d'ulcérations gastriques: l'un ‘ chronique,’ l'autre ‘ aigu perforant.’

“ Le premier groupe comprend toutes les ulcérations qui évoluent lentement et sont habituellement superficielles, ne dépassent ordinairement pas la muqueuse. Dans ce groupe, ‘ l'ulcère chronique solitaire de la vessie,’ déjà cité et décrit par Fenwick est un des plus intéressants. Il apparaît ordinairement chez les jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans, sans aucun antécédent vésical, ni même vénérien. On peut le retrouver dans les deux sexes. Le début en est soudain, caractérisé par une légère fréquence des mictions, accompagnée ordinairement d'hématuries intermittentes. Un symptôme de première importance et sur lequel Fenwick insiste beaucoup est une douleur violente et constante en un point de l'urèthre pénien.

“ Lorsqu'on soumet ces malades à la ‘ cystoscopie,’ on constate ordinairement une ulcération le plus souvent unique, exceptionnellement multiple dans la région du trigone, en dedans et en arrière d'un des orifices urétéraux. Ses dimensions peuvent être variables, ordinairement de 2 à 3 centimètres de diamètre. Au début, ses bords sont à pic, gélatineux; son fond paraît bourbeux et sanguinolent. Mais peu à peu, l'ulcère se recouvre d'incrustations calcaires, de pseudo-membranes qui le dissimulent et qu'il faut enlever si on veut le voir nettement. Quelquefois il se forme sur la paroi opposée de la vessie, juste en face du premier, un second ulcère qu'on peut appeler ‘ ulcère par contact.’

“ ‘ L'évolution ’ de ces ulcères est très caractéristique. On peut la diviser en trois périodes: dans la première, l'ulcération est simple, sans complications de voisinage; il n'y a aucune cystite, ce qui permet d'affirmer qu'on a affaire à une ulcération simple; c'est le moment d'intervenir par un curetage énergique de la lésion. La deuxième période est caractérisée par l'apparition de la cystite, d'où une tendance marquée à l'incrustation calcaire. La croûte

phosphatique s'accumule rapidement; de temps en temps, des morceaux s'en séparent et des fragments calcaires sont expulsés par l'urètre, ainsi que des débris de pseudo-membranes, au prix de douleurs plus ou moins violentes. Quelquefois, ces fragments calcaires sont retenus dans la vessie et forment des calculs nécessitant la lithotritie. La vessie s'enflamme de plus en plus; les exsudats inflammatoires traversent les couches musculaires (cystite interstitielle), entravant d'abord la distension de la vessie, et finissant par réduire de plus en plus la capacité du viscère. Enfin, dans une troisième et dernière période, la vessie est transformée en une poche non élastique pouvant contenir à peine quelques grammes d'urine. Mais on a rarement l'occasion de constater cette dernière période, car la pyélo-néphrite ascendante emporte généralement le malade dès la fin de la seconde période.

(A suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Vie Congrès Français de médecine

Tenu à Toulouse du 1 au 5 avril 1902

M. A. Charrin, rapporteur. I. "La vie intra-utérine et l'insuffisance hépatique."—"Influence des maladies de la mère."—Durant la vie intra-utérine, des agents variés interviennent avec une extrême fréquence pour produire l'insuffisance partielle ou absolue du foie. C'est ainsi que sur 43 nouveau-nés, issus de mères malades et morts au cours des deux premiers mois, j'ai vu, chez 29 d'entre eux, la glande hépatique offrir des lésions capables de compromettre son fonctionnement. Si même on veut tenir compte des modifications légères, la proportion s'élève au point que, chez ces rejetons athrepsiques, qui le plus ordinairement succombent à une broncho-pneumonie ou à une entérite secondaires, l'intégrité de cet organe est des plus rares.

Sur ces 29 mères, dont les descendants étaient de tuberculose avérée; 5 étaient alcooliques; 4 présentaient les signes de ces anémies qui, assez communes au cours de la gestation, sont, en partie, attribuables à la démoralisation des tissus maternels. Parmi les 8 autres femmes, on comptait 3 typhiques, 2

pneumoniques, 1 éclamptique, 1 diabétique, 1 cancéreuse cachectique.

Chez les enfants nés dans ces conditions, la glande biliaire est le plus ordinairement assez volumineuse, et présente des lésions variées, dont les plus importantes se ramènent à de la congestion, à des hémorragies, plus encore à une dégénérescence granuleuse des cellules, fréquemment chargées de graisse au delà des proportions normales. Dans des cas, du reste peu nombreux, le tissu conjonctif prend un développement tel que l'épithète de cirrhose convient à ces modifications. Nattan-Larrier a fait connaître ces dispositions histologiques dans leurs plus intéressants détails.

Quelques examens de pièces absolument fraîches ont permis d'affirmer que, chez certains de ces rejetons issus de mères malades, la teneur en glycogène du parenchyme hépatique est particulièrement faible.

D'autre part, des expériences ont établi que le pouvoir oxydant du foie se montre, chez les rejetons de femelles malades, sensiblement amoindri.

Les désordres constatés dans la descendance des femelles malades nous apparaissent comme relevant d'un processus toxique. Parmi les poisons en cause, les uns sont microbiens, les autres d'origine organique ou cellulaire; quelques-uns dérivent du monde extérieur: tous, spécifiques ou non, semblent propres à modifier le foie, à le rendre insuffisant, et il convient, alors même que l'insuffisance n'apparaît pas dès la naissance, de songer à une influence remontant jusqu'aux ascendants; comme causes d'insuffisance du foie, il faut donc inscrire désormais les processus de la vie intra-utérine.

II. "Auto-intoxications et insuffisance hépatique."—"Rôle de la grossesse et de l'éclampsie."—A l'heure présente, les modifications de la glande biliaire, son insuffisance, prennent une importance croissante dans le mécanisme de l'éclampsie; de tous les appareils le foie offre des lésions les plus constantes comme aussi les plus profondes, à ce point que, pour une série d'auteurs, les altérations de cet organe fréquemment insuffisant constituent le substratum anatomique de ce processus. De fait, chez ces femmes, il est pour ainsi dire régulier de découvrir des modifications, profondes et étendues de la glande biliaire, dont l'incapacité fonctionnelle ressort nettement des changements enregistrés. Le foie présente, en effet, le plus souvent des hémorragies, multiples, et souvent considérables, soit dans le parenchyme, soit plus encore à la surface, sous la capsule de Glisson. En dehors de ces foyers, le parenchyme est, du reste, pâle, décoloré, parfois onctueux au toucher; sa dégé-

nérescence est manifeste; l'infiltration graisseuse est habituellement diffuse.

Chez une malade, il a été possible d'apprécier, dans des conditions de fraîcheur et de rapidité suffisantes, la teneur en glycogène et en principes toxiques: la première a paru des plus réduites, tandis que la seconde était notable. A ces tares hépatiques il faut une cause et celle-ci semble être l'intoxication qui résulte des modifications imposées à l'économie par la gestation.

Depuis Andral et Gavarret, on sait que, chez les femmes enceintes, les oxydations sont ralenties. De plus, chez ces femmes, les aliments ne changent pas; partant, des éléments nocifs introduits par eux ne varient pas sensiblement. En revanche, la constipation est la règle, si bien que, quelquefois, la coprostase provoque des accidents. Il en résulte que des trois sources toxiques habituelles, deux, la désassimilation et les fermentations digestives, fournissent, à cette période, plus de matériaux nuisibles.

Cet excès de poisons peut encore s'accroître grâce à des éléments offensifs dérivés du délivre ou des rejetons.

L'exagération de cette production n'est malheureusement pas compensée par l'activité de l'élimination. La perméabilité des reins semble amoindrie; on sait, d'ailleurs, combien est fréquente l'albuminurie. D'un autre côté, l'intestin est, dans l'espèce, ordinairement fermé. En outre, la peau se pigmente en partie et réagit plus faiblement; l'expiration, la ventilation pulmonaire, l'entraînement de l'acide carbonique et des composés volatils sont plutôt en voie de réduction.

Un fonctionnement plus intense ne permet pas aux organes antitoxiques de rétablir l'équilibre. Le foie, notamment, apparaît assez fortement touché, sans qu'en présence de ces modifications et sauf peut-être en matière de glycogénèse, on puisse songer à la suractivité; de plus, l'imminence du péril toxique lui impose une sorte de surmenage.

Ainsi, plus de poisons sont déversés dans les tissus, moins de poisons sont éliminés ou détruits. La conséquence naturelle de ces processus n'est autre que la réalisation de l'accroissement des produits nocifs de l'économie: c'est ce qu'il est possible de constater.

Dans ce but, à plusieurs reprises, à des séries successives d'animaux, j'ai injecté, sous la peau, des sérums provenant du sang de femmes enceintes en pleine crise d'éclampsie. Ces expériences montrent que le sérum des éclamptiques peut renfermer des substances capables de déterminer des symptômes ou des lésions, d'ailleurs variables, qui rappellent, surtout en ce qui concerne le foie, les désordres patholo-

giques caractéristiques de l'affection. Elles prouvent aussi que, suivant les circonstances, ces substances oscillent probablement et en qualité et en quantité.

On sait depuis longtemps que chez la femelle gravide, le foie, à bien des égards, se modifie progressivement; chez elle la glande hépatique se charge de graisse; il n'est même pas rare de déceler un peu partout, dans l'économie de cette femelle, des dépôts adipeux, faciles, du reste, à accroître en administrant du sucre.

D'un autre côté, si l'on dose le glycogène, on reconnaît que sa teneur va en croissant. Pourtant nous n'avons pu constater une indéniable augmentation du pouvoir antitoxique de ces foies surchargés de glycogène.

Mais ce qui frappe le plus à ce moment, c'est que cette glande refuse le sucre qu'on lui fait parvenir, au point que, si on injecte 2 grammes de glycose dissous dans 10 centimètres cubes d'eau, il n'est pas exceptionnel, tandis qu'une lapine normale rejette seulement 1,05 ou 1,30, de les retrouver en totalité dans les urines.

Ainsi, chez la femelle gravide, le foie, à bien des points de vue, se modifie progressivement.

III. "La rate et l'insuffisance hépatique."—On sait, depuis longtemps, que des lésions de la rate et du foie peuvent coexister; tantôt, il s'agit simplement de processus dépendant d'une même cause, frappant simultanément l'un et l'autre de ces parenchymes; tantôt, les tares de l'un de ces organes, antérieures à celles de l'autre, exercent, sur les modifications qui se développent dans cet organe, une influence plus ou moins directe.

Il est incontestable que le foie, spécialement au cours de quelques cirrhoses hypertrophiques, paraît avoir sur telle splénomégalie une indéniable action. D'un autre côté, dans la maladie de Banti, cette action semble se produire en sens inverse.

Au demeurant, ces deux viscères jouissent d'une série d'attributs communs, attributs antitoxiques, bactéricides, digestifs, hématopoïétiques, pigmentaires, etc.; dans ces conditions, l'insuffisance du premier est apte à imposer au second une suractivité supplémentaire, allant jusqu'au surmenage. D'autre part, les voies sanguines, lymphatiques ou séreuses, avec elles peut-être le système nerveux, sont propres à rapprocher ces organes, à propager à l'un les détériorations de l'autre.

Uniquement à titre d'hypothèse j'ai admis la possibilité de cette influence en la rapportant au foie, hypothèse, en raison des constatations chimiques et des synergies physiologiques, largement permise. On a soutenu l'opinion inverse, à savoir que cette action

modificatrice appartient à la rate capable de faire sentir au foie sa puissance. Je n'ai jamais soutenu le contraire, mais je pense que, lorsqu'on parle de l'action des processus spléniques sur les destinées hépatiques, on donne à entendre que le foie peut être modifié à l'aide de principes fabriqués par la rate ou mis en jeu grâce à sa complicité. Que cette rate peu active laisse au foie trop de besogne à accomplir, on comprend que la cellule hépatique puisse, comme conséquence, subir certaines altérations, mais si l'on est en droit de penser que la rate possède une influence sur la genèse des insuffisances hépatiques, à l'heure présente, sauf, à la rigueur, une certaine infériorité qualitative de la bile, on est impuissant à préciser et la nature et le degré de cette influence.

IV.—"Insuffisance hépatique et lésions cutanées."—On sait qu'il existe une indéniable relation entre le revêtement externe et le foie, surtout au point de vue du fer ou du soufre. Barfuth a signalé, dans le parenchyme hépatique de quelques animaux, des grains calcaires destinés à la constitution de l'enveloppe extérieure, enfin, en nous révélant la part du tube digestif dans l'évolution des dermatoses, en nous apprenant que le déficit de la glande biliaire s'accompagne de prurit, d'hémorragies cutanées, de sécheresse, de pigmentation, de xanthelasma, de néoformations capillaires, de dilatations vasculaires, etc., la clinique apporte l'appui de son enseignement. Dès lors, il n'est pas impossible que cette déchéance de la peau relève, tout au moins en partie, de l'insuffisance du foie.

V. "Quelques causes d'insuffisance hépatique."—(a) "Action des parasites."—Parmi les agents générateurs des dégénérescences du foie, les produits microbiens tiennent une large place. On a même pu faire naître des détériorations de cet ordre, propres à entraîner l'insuffisance en employant d'autres parasites, tels que des taenias, des botriocéphales, une foule d'espèces, animales ou végétales. Les unes, comme les coccides du lapin, paraissent agir, de préférence, mécaniquement, à la manière de corps étrangers, sans rayonner à distance, du moins dans de notables proportions. Ces colonies coccidiennes sont encerclées par des anneaux de sclérose, autour desquels sont rangées des cellules en majorité saines; la zone occupée par ce processus morbifique est souvent assez restreinte. Les autres, parmi ces espèces, utilisent, à la façon des bactéries, leurs sécrétions toxiques, dont l'action se fait sentir bien au delà du territoire habité par elles, territoire où parfois les infiniment petits ne pullulent pas activement. Entre ces deux types existent de multiples intermédiaires usant de ces différentes modalités.

(b) "Défenses hépatiques."—De multiples facteurs, dans le foie, sont aptes à hâter ou au contraire à retarder, à supprimer l'avènement du mal. Les macrophages hépatiques interviennent fréquemment; or, ces macrophages dérivent en majorité du tissu splénique. Que ce tissu détérioré ne livre au viscère voisin que des éléments inférieurs en nombre ou en valeur, l'insuffisance défensive de ce viscère apparaîtra promptement. De plus, la bile et ses acides, le glycogène, les composés ammoniacaux, peut-être l'urée, etc., semblent jouir d'attributs antitoxiques ou bactéricides; dans ces conditions, il est possible qu'aïdés par les phagocytes ces attributs ne soient pas étrangers à la stérilité relativement commune des abcès du foie.

(c) Certaines "influences atmosphériques" peuvent intervenir dans la genèse de l'insuffisance hépatique (climats, saisons, etc.).

VI. "L'utilisation des sucres et l'insuffisance du foie."—Chez les sujets atteints d'une affection du foie, nous tenons cette glycosurie pour infiniment moins fréquente qu'on ne l'admet ou plutôt que ne le supposent la plupart des médecins.

On sait que nos viscères comportent plus de tissu que n'en réclament leurs fonctions; on sait qu'une fraction du pancréas, du corps thyroïde, et une fraction minime, suffit à écarter tout diabète maigre, tout myxoedème; on sait qu'un tuberculeux finit par respirer avec la dixième partie de ses poumons: le foie serait donc seul à faire exception! Pourtant, le plus souvent, au sein de ce viscère comme dans les autres appareils, la disparition des éléments anatomiques s'opère lentement. Or, grâce sans doute à une sorte d'accoutumance, cette lenteur rend plus facile la suffisance fonctionnelle d'un organe qui, au point de vue anatomique, est déjà sensiblement réduit.

(à suivre)

Nouveau cas de décollement rétinien guéri

M. L. Dor présente une malade, âgée de 49 ans, myope de six dioptries, atteinte d'un décollement rétinien datant de cinq mois, traitée déjà sans succès dans une ville voisine par plusieurs injections sous-conjonctivales d'eau salée et qui a guéri en quelques jours à la suite d'une seule injection pratiquée dans l'espace de Ténon.

Actuellement la malade peut lire les plus petits caractères alors qu'il fallait la conduire dans les rues lorsqu'elle est venue à Lyon. Son autre oeil présente une chorio-rétinite maculaire ancienne.

M. L. Dor proteste contre la méprise faite par la

grande majorité des oculistes qui ont cru que son père et lui avaient conseillé des injections sous-conjonctivales d'eau salée, alors que c'est toujours dans la capsule de Ténon qu'ils ont dit de faire des injections.

A propos du liquide à injecter, M. L. Dor s'est aperçu que la douleur provoquée par le sel provenait de ce que celui-ci était légèrement acide. Lorsqu'on ajoute du carbonate de soude la douleur est beaucoup moins forte.

Voici la formule de la solution dont M. L. Dor se sert actuellement:

On injecte une pleine seringue de Pravaz dans la capsule de Ténon au moyen d'une aiguille courbe, construite spécialement par M. Souel. Cette aiguille doit être enfoncé entre le droit inférieur et le droit externe, pénétrer presque jusqu'à la garde et on doit sentir que son extrémité est libre.

Lorsqu'on injecte le liquide, on ne doit voir aucun chémosis.

Il est prudent de faire précéder cette injection d'une piqûre de morphine, attendu que la douleur est assez vive pendant un quart d'heure, mais cette douleur est beaucoup moins forte qu'on ne se le figure et n'est pas à comparer avec celle que provoquent les injections sous-conjonctivales.

Tous les décollements ne guérissent pas par cette méthode, mais on guérit en général ceux qui sont assez étendus pour aller jusqu'à la papille du nerf optique. Le liquide semble sortir par aspiration au niveau des espaces lymphatiques de cette région.

Si le décollement est limité, s'il est périphérique et si on compte sur une véritable osmose au travers de la sclérotique, on sera déçu. Il faut donc dans ces cas employer une autre méthode. On a le choix entre les pointes de feu et l'électrolyse. On peut toujours commencer par les pointes de feu, qui guérissent quelques cas peu pronocés; mais si l'on ne réussit pas, il faut avoir recours à l'électrolyse.

Quant au décubitus dorsal, M. L. Dor le prescrit complètement. Aucun de ses malades n'est resté immobile plus de 48 heures. Il conseille seulement le repos dans une chambre obscure.

(Lyon méd)

Prophylaxie du nicotisme

L'action nuisible de l'abus du tabac sur le système nerveux et le système cardio-vasculaire a fait rechercher un moyen de rendre le tabac inoffensif.

Parmi les tentatives faites dans ce but, il en est une, celle du professeur Gerold de Halle, qui paraît mériter plus que toutes les autres d'attirer l'attention.

Le professeur Gerold fait macérer les feuilles de tabac dans une solution d'acide tannique qui neutralise la nicotine, la nicotianine et les autres essences nuisibles contenues dans la plante. Pour relever ensuite le parfum du tabac qui pourrait se trouver endommagé par le tannin, on a soin de tremper le tabac dans une décoction préparée avec la plante origanum vulgaire.

On trouve actuellement en Allemagne, en Amérique et en Russie des cigares faits avec des feuilles de tabac auxquelles on a fait subir cette préparation, et ces cigares sont très appréciés des fumeurs.

Des expériences ont été faites avec ce tabac sur les hommes et sur les animaux par les docteurs Fürst et Covok en Allemagne et plus récemment par le docteur Bardet en France, et il semble démontré que le procédé du professeur Gerold diminue réellement l'action toxique du tabac et qu'il en rend l'usage et même l'abus à peu près inoffensif.

(Bulletin de Thérap. du 15 mars 1902)

CHIRURGIE

Le pronostic et le traitement chirurgical chez les diabétiques

(Ollier-Henry)

Les diabétiques peuvent être tributaires de la chirurgie dans deux cas. Dans le premier, il s'agit d'un de ces accidents inflammatoires si fréquents au cours de la glycosurie: furoncle, anthrax, phlegmons, qui réclament l'ouverture au bistouri; dans le second, d'une affection intercurrente relevant de la grande chirurgie, fibrome, cancer, tumeur kystique, etc. Les dangers du trauma chirurgical, si difficilement évitables chez le diabétique, ont été signalés depuis longtemps et il semble qu'on les ait augmentés précisément parce que le clinicien ne possédait pas de signe qui permit de dire a priori qu'elle serait la résistance d'un diabétique au shock opératoire. M. Janin pose en principe que tout diabétique dont les réflexes tendineux sont intacts peut être opéré sans grands risques. A l'appui de cette théorie, il cite un certain nombre de cas dans lesquels des glycosuriques, ayant des réflexes très diminués, ont vu réapparaître (et cela dans toutes les formes de diabète) leurs réflexes sous l'influence du traitement médical et ont subi consécutivement sans encombre des interventions chirurgicales sérieuses (ablation du sein, etc.). Dans tous les cas de mort il y avait absence de réflexes. Néanmoins la thérapeutique chirurgicale, même dans les cas où l'état général et la conser-

vation des réflexes autorisent l'intervention, doit être réservée, économique et minutieusement aseptique.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

GYNECOLOGIE

Du massage en gynécologie

L. Boyer

Mlle. Berlatzky estime qu'un grand nombre d'affections utérines et annexielles (lésions inflammatoires ou déviations) sont justiciables des bons effets du massage gynécologique par la méthode de Thure-Brandt, c'est-à-dire seulement digitale. Après avoir exposé d'une façon détaillée la technique spéciale de cette méthode qui comprend le massage des organes du bas-ventre travers la paroi abdominale, la distension, l'assouplissement des adhérences de l'utérus, des trompes et des ovaires par introduction du doigt et pressions digitales méthodiques dans les cavités vaginales et rectales, l'auteur, et c'est le point le plus intéressant de son travail, rapporte les résultats personnels qu'elle a obtenus chez une trentaine de femmes traitées par le massage à la consultation externe de l'hôpital Broca.

Il résulte de ces observations que le massage est applicable surtout dans les annexites (salpingite catarrhale et parenchymateuse, ovarite chronique), paramétrite et périmétrite, métrite, déviations utérines avec ou sans abaissement de l'utérus. La durée des séances a été de 10 à 15 minutes, leur nombre très variable avec l'étendue et la chronicité des lésions. On constate souvent après le traitement la disparition complète des symptômes physiques et fonctionnels, ceux-ci s'améliorant le plus rapidement. Le traitement ne doit pas être suspendu dès qu'on constate la disparition des symptômes fonctionnels seuls, car les troubles récidivent si le minimum de durée du traitement n'est pas de deux mois. Le traitement est en tout cas inoffensif et permet aux malades de vaquer à leurs occupations.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Traitement de la diarrhée chronique idio-pathique

M. Mathieu a eu l'occasion, comme M. Soupault, d'observer des malades qui, sans altération no-

table de l'état général, présentaient des phénomènes de diarrhée chronique et avaient chaque jour 4, 5, 10 et même 20 selles liquides ou pâteuses, soit le matin soit après les repas; il a néanmoins, contrairement à ce qui est arrivé à M. Soupault, obtenu des résultats thérapeutiques par les deux médications suivantes: En premier lieu des cachets ainsi composés:

Salicylate de bismuth	} à 30 centigrammes
Résorcine	
Benzonaphtol	

administrés à ces malades sans atteindre une dose supérieure à 2 grammes par jour, ont arrêté la diarrhée en quelques jours chez beaucoup, l'ont fait disparaître chez d'autres après plusieurs mois de traitement.

En second lieu, il a tiré de l'emploi de l'eau de Carlsbad et du sel de Carlsbad prescrits à une dose inférieure à celle qui est laxative pour une personne donnée, d'excellents résultats. Il croit en outre qu'il faut sinon supprimer complètement la viande dans le régime des diarrhéiques chroniques comme le voulait Schultze, du moins établir un régime progressif comprenant successivement des purées, des oeufs, puis de la viande et des légumes verts, en dernier lieu. La cure de Plombières n'est pas sans efficacité, mais il croit que le bain chaud plutôt que les grands lavages en est la cause et que ces derniers sont plus nuisibles qu'utiles. Il est néanmoins tout disposé à placer en première ligne le traitement par l'acide chlorhydrique proposé par M. Soupault, quant à l'action de ce médicament il croit qu'elle est purement antiseptique.

M. Linossier croit qu'il existe des diarrhées chroniques ayant la même allure que celles dont parle M. Soupault et qui sont liées à des causes diverses et par là même justiciables de médications variables. Il cite par exemple celle qui est fonction de la lithiase biliaire et qui se produit soit avant soit après les repas, précédée par une douleur vive au creux épigastrique, chez des malades qui ont un foie un peu gros, une teinte subictérique légère et qui sont en définitive des lithiasiques. Chez ces malades, les opiacés suppriment la diarrhée mais sont le point de départ des troubles digestifs, leur diarrhée est justiciable du traitement général de la lithiase, du sulfate de soude en particulier, et de l'opium seulement à titre de médication symptomatique et accidentelle.

M. Dubois a vu des diarrhées chroniques symptomatiques, celles des tuberculeux par exemple, céder à des doses de 6 à 10 gouttes d'acide phosphorique normal, il recommande en pareil cas les doses peu élevées.

M. Albert Robin croit que MM. Soupault et Lyon ont raison de dire qu'il faut, dans ces diarrhées

chroniques, traiter l'estomac, mais ne pense pas qu'il y ait dans ce type de diarrhée un chimisme stomacal défini; en d'autres termes, il existe plus souvent chez des hypochlorhydriques que chez des hyperchlorhydriques, mais surtout, ainsi qu'il ressort d'une de ses statistiques, on le trouve 75 fois sur 100 dans les cas de fermentation gastrique. Au point de vue thérapeutique, il croit la méthode antiseptique dangereuse, en faisant exception pour les astringents (racine de fraiser sauvage, ratanhia, etc.), et il place au premier rang la médication acide que Coutaret, de Roanne, avait le premier préconisée en prescrivant un mélange d'acide azotique et sulfurique dans un sirop de limon. Il y a néanmoins des indications à ce traitement: la constatation d'une langue blanche, pâle, saburrale avec haleine fétide, urines pâles, alcalines avec sédiments, les cas de fermentation gastrique, d'intolérance pour le régime lacté enfin.

Les contre-indications existent lorsque la langue est rouge, exulcérée, l'estomac douloureux à la pression, les urines rares, hautes en couleur, lorsqu'on soupçonne l'ulcère d'estomac. En outre, M. Robin ne croit pas à l'action antiseptique des acides puisque la fermentation gastrique est aussi grande chez les hyperchlorhydriques.

M. Soupault à propos du traitement des diarrhées symptomatiques par les acides, croit que contrairement à ce qui se passe pour les diarrhées chroniques idiopathiques, les résultats sont absolument inconstants et varient avec les individus; il a obtenu dans quelques cas seulement une amélioration chez des cancéreux et des tuberculeux.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

L'arrhénal sur action

M. Armand Gautier appelle à nouveau l'attention des praticiens sur l'arrhénal, qui est un succédané des cacodylates, intermédiaire à ceux-ci et aux arsenicaux minéraux et dont le principal avantage serait la possibilité d'administration par la voie stomacale. On n'observerait avec l'arrhénal ni les phénomènes d'intolérance ni les inconvénients de second ordre qui résultent ordinairement de l'emploi des cacodylates.

L'arrhénal est presque un spécifique de la tuberculose, en ce sens que non seulement l'état général est amélioré par son ingestion mais que les lésions locales, même cavitaires, semblent se cicatrifier avec une rapidité surprenante, enfin la fièvre tuberculeuse tombe rapidement. Chez une tuberculeuse fébrile à la troisième période, après quelques semaines de traitement par l'arrhénal à la dose de 25 à 50 milli-

grammes par jour, la fièvre a disparu, les cavités se sont comblées, les règles ont réapparu. 12 malades ont été traités par le même moyen, 4 au premier degré ont augmenté de 700 à 2000 grammes, 3 au deuxième degré ont vu cesser leurs hémoptysies et leur état général s'améliorer, sur 5 au troisième degré avec température atteignant 39°,5, 4 ont augmenté de poids et semblent guéris, 1 est mort.

En un mot, et c'est le point important, l'arrhénal présente l'avantage de calmer la fièvre sans abattre les forces et d'être un tonique sans être un excitant. La grippe est arrêtée dans son évolution, l'asthme essentiel est guéri sans récurrence par son emploi, dans deux cas de chorée de Sydenham, les phénomènes nerveux ont cessé les uns après huit jours, les autres après six semaines de traitement. Dans l'impaludisme, là où la quinine échoue, l'arrhénal réussit, c'est ainsi que chez un malade ayant des accès hebdomadaires avec température atteignant 40°,6, dont le sang était chargé d'hématozoaires et qui prenait sans succès de la quinine depuis quatre mois, deux injections de 5 centigrammes d'arrhénal ont amené une guérison sans récurrence.

Il en a été de même dans des accès subintrants et dans des accès de fièvre quarte triple.

Dans un cas de vomissements au cours de la grossesse, absolument rebelles et se produisant dix-huit fois par jour, le cacodylate d'abord, puis l'arrhénal, ont amené une guérison complète avec augmentation de poids. Enfin, l'eczéma chronique, la syphilis, les dermatoses, sont justiciables de l'arrhénal, et dans un cas où le cacodylate administré par la voie stomacale avait provoqué de l'albuminurie, l'arrhénal a fait disparaître l'albuminurie et l'eczéma. L'arrhénal ne doit pas être employé à doses continues mais de quatre jours en quatre jours à la dose de 5 centigrammes en moyenne, de 20 dans les cas graves. On peut expliquer son action si merveilleuse par ce fait qu'il multiplie rapidement le nombre des mononucléaires dans le sang, et ce sont eux qui sont les phagocytes par excellence.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Traitement du prurit vulvaire

Voici un procédé indiqué d'après un journal allemand par le "Bulletin médical."

Ayant remarqué qu'après introduction, dans le tissu sous-cutané, de quantités considérables de solution physiologique de chlorure de sodium, la peau, à la région injectée, demeure, pendant plusieurs jours, anesthésique ou peu sensible, M. L. Siebourg (Centralbl. Ginoek), conçut l'idée de se servir de ces injections pour le traitement de certains prurits locali-

sés rebelles, notamment du prurit vulvaire, périnéal et anal. Et de fait, en faisant pénétrer sous la peau de la vulve, du périnée ou de la région péri-anales de l'eau salée en quantité suffisante pour soulever et distendre les téguments, et en répétant ces injections au besoin, notre confrère eut la satisfaction d'enrayer des prurits qui avaient résisté aux pommades à la cocaïne, au menthol et à l'acide phénique, ainsi qu'aux lavages avec des solutions alcooliques d'acide salicylique et de résorcine, et l'observation la plus rigoureuse du régime alimentaire qui est indiqué chez les prurigineux. Il va de soi que le traitement diététique est indispensable, même dans les cas où l'on a recours aux injections sous-cutanées d'eau salée. On prendra soin de faire tailler court les ongles des malades et de badigeonner avec une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 les excoriations produites par le grattage. En outre, on prescrira des lavages froids de la région atteinte, sur laquelle on appliquera chaque soir une compresse de tarlatane enduite d'une pommade contenant pour 20 gr. de vaseline 2 gr. de chlorhydrate de cocaïne, 1 gr. d'acide phénique, 1 gr. 50 d'orthoforme et 0 gr. 50 de menthol, puis on mettra par-dessus une épaisse couche d'ouate serrée avec un bandage en forme de T, de façon à empêcher la malade de se gratter et à exercer en même temps une compression de la région prurigineuse. Dans le courant de la journée, les malades, chaque fois qu'elles ressentent des démangeaisons, doivent s'appliquer elles-mêmes la pommade ci-dessus formulée.

(*Journ. de méd. et de chirur. prat*)

Traitement de la constipation.

Le traitement de la constipation chronique comporte les indications suivantes :

1° Le régime.—Le régime végétarien exclusif a été vanté par quelques auteurs, mais il a l'inconvénient, s'il est poursuivi, d'aggraver l'état gastrique par suite de son volume, nécessairement plus considérable que le régime mixte. Il est utile, néanmoins, de donner une certaine quantité de légumes frais, de compotes, de fruits de bonne qualité, tels que fraises, raisins, etc., jouissant de propriétés légèrement laxatives; l'unique boisson sera l'eau potable ordinaire; on évitera le lait qui constipe le plus souvent.

2° Traitement intestinal.—On peut agir sur l'intestin de diverses façons; indirectement, par les médicaments ingérés; directement, par la voie rectale, ou par des manoeuvres externes, portant sur les parois abdominales.

La première méthode comprend l'usage des la-

xatifs, purgatifs et antispasmodiques.

On ne saurait proscrire trop énergiquement l'emploi abusif des laxatifs et purgatifs; leur moindre inconvénient est d'entretenir indéfiniment la constipation; ils épuisent le système nerveux et irritent l'intestin.

L'usage des "antispasmodiques" est plus utile. Hayem recommande l'extrait de belladone à la dose de 2 à 5 centigrammes par jour, en deux fois. Cette médication, toutefois, ne devra guère être continuée au-delà de 2 ou 3 jours, pendant la durée des crises douloureuses.

Le traitement de la constipation chronique par la voie rectale est certainement le plus important. Les "lavements," si forts en vogue au temps de Molière, reviennent en honneur.

Ce moyen thérapeutique se présente sous différentes formes. Il y a d'abord le lavement évacuant simple. Son volume ne doit pas dépasser un demi-litre et le liquide doit être poussé sous une pression "modérée," afin d'éviter les phénomènes de distension brusque et les spasmes. L'usage du "clyso" ne présente pas d'inconvénients, en raison de la masse peu considérable de liquide injecté. Le "bock" est d'un emploi commode et sans danger, à la condition de ne pas élever le récipient à plus de 30 à 50 centimètres, et de se servir d'une canule suffisamment large.

Comme liquide, on emploie l'eau simple, la décoction de guimauve; on peut y ajouter deux cuillerées à soupe de glycérine neutre ou trois cuillerées à soupe d'huile émulsionnée avec un jaune d'oeuf. Le lavement, à la température du corps, sera poussé doucement.

Les lavements froids sont dangereux dans la constipation avec atonie des intestins; ils sont dangereux dans la constipation nerveuse dont ils exagèrent l'état spasmodique, et ils ne sont pas gardés un temps suffisant. Dans les cas rebelles, on donnera en lavement deux cuillerées à soupe d'huile de ricin, tous les deux ou trois jours, sans préjudice des lavements glycerinés et huileux dans l'intervalle.

L'hydrothérapie est appliquée aux constipés de diverses manières qui sont: l'enveloppement dans le drap mouillé, pendant une à deux minutes; les frictions avec la serviette-éponge imbibée d'eau à 7° ou 8°. Cette eau peut être additionnée de sel (une poignée pour une cuvette d'eau froide); la douche écossaise (douce tiède suivie immédiatement de douche froide). Le "massage de l'abdomen à la glace," employé par les médecins turcs, consiste à faire placer le malade sur un lit, au sortir d'un bain très chaud, et à masser le ventre avec un gâteau de glace

renfermée dans un sac en caoutchouc, pendant quatre à cinq minutes.

On peut utiliser aussi la douche appliquée sur la colonne vertébrale pour stimuler directement les centres nerveux. Hayem prescrit le drap mouillé et la douche écossaise à peu près exclusivement.

"L'électricité" s'emploie avec succès de plusieurs façons. Pour relever la tonicité des centres nerveux, on se sert du courant galvanique.

Pour agir sur la tonicité musculaire, on utilise la faradisation avec une bobine à gros fil.

Le "massage" de l'intestin, qui s'est beaucoup répandu en ces derniers temps, n'est utile que s'il est pratiqué par des spécialistes compétents et habiles.

On a préconisé récemment la "sismothérapie," procédé dans lequel une plaque animée d'un mouvement vibratoire, placée sur l'abdomen, agit d'une manière assez analogue au massage.

Enfin, on recommande des exercices gymnastiques, ayant pour but de renforcer les muscles concourant à l'exonération alvine.

Certains de ces exercices sont combinés de telle sorte qu'ils produisent en même temps une sorte de massage de l'intestin. On prescrit surtout les mouvements de flexion des membres inférieurs sur le tronc et réciproquement. Le malade, couché sur un matelas ou un tapis épais, porte le tronc en avant ou bien fléchit les membres inférieurs, le dos restant appliqué au sol. On a recommandé de fixer le corps au plancher par un anneau ou un crampon et de faire une sorte de hâlage.

Enfin, on conseille divers sports: canotage, bicyclette.

3° "Emploi des eaux minérales."—Certaines eaux minérales jouissent d'une grande réputation pour la cure des affections gastro-intestinales. Pour ce qui concerne la constipation, on croit que cette affection doit être traitée par les eaux purgatives; mais il y a des eaux à effets inverses en apparence, qui constipent pendant la durée de la cure et qui, néanmoins, sont très utiles, en guérissant les gastropathies qui entretenaient la constipation. Châtel-Guyon, chlorurée magnésienne, convient aux hypopeptiques. Vichy est préférable pour les hyperpeptiques. Saint-Nectaire, Plombières, peuvent être recommandées à plusieurs constipés.

Enfin, les cures de petit lait, de raisins, etc. La cure de petit lait consiste à prendre le matin, à jeun, un demi-litre à un litre et demi de petit lait frais; cette médication est contre-indiquée lorsqu'il existe une dilatation de l'estomac considérable.

Le traitement de la constipation chronique rebelle sera divisé en deux parties: le traitement "pré-

paratoire, la cure" proprement dite.

"Traitement préparatoire."—Toute constipation ancienne se complique d'une rétention plus ou moins considérable des matières; parfois celles-ci sont accessibles par le toucher rectal, et autrefois on essayait de les extraire à la cuiller, mais ce moyen dangereux a été abandonné. On emploie aujourd'hui les lavements composés d'abord d'eau tiède et de savon, puis d'huile d'olive et de fiel de boeuf mêlés à parties égales; le fiel est très bon dissolvant des fèces. On commence par administrer un petit lavement de 60 grammes, puis on augmente le volume de liquide,

Parfois, les cybales sont accumulées dans le caecum, et la plus grande partie du gros intestin semble vide; mais on soupçonne la rétention en raison de l'ancienneté et de l'opiniâtreté de la constipation. Il faut alors recourir aux lavages intestinaux répétés; ce n'est parfois qu'après la cinquième ou sixième séance qu'on obtient un résultat satisfaisant. La pression ne doit pas dépasser 2 kilogr. Une élévation du récipient à 30 centimètres au-dessus du plan du lit, représente une pression de 300 grammes par centimètre carré. On peut le placer à 60 centimètres environ.

"Cure proprement dite."—On commencera par déterminer les causes qui entretiennent la constipation, on fera l'examen du chimisme gastrique, et on prescrira un régime approprié à celui-ci.

Pour assurer la régularité des selles, le malade se présentera tous les jours à la garde-robe, à la même heure, et prendra, au besoin, le soir un lavement huileux.

Si la constipation tient à l'affaiblissement musculaire de l'intestin ou à un défaut d'action du système nerveux, on peut alors employer les moyens physiques dont Hayem a parlé; on les évitera, au contraire, s'il y a spasme intestinal.

On traitera la constipation nerveuse et sa principale complication, l'entérite muco-membraneuse. Au moment des crises douloureuses, on prescrira le repos absolu au lit, l'application de compresses chaudes et de cataplasmes sur le ventre, et à l'intérieur les pilules de belladone. On pourra aussi employer le liniment composé d'huile de jusquiame chloroformée et d'extrait de belladone.

(D'après une clinique du prof. Hayem publiée [par le *Corresp. méd.*]

Des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose

par le Dr Ch. BOYLE (de Cannes)

Depuis un certain temps déjà dans des cas où

l'étendue considérable des lésions, leur tendance à l'extension, l'état général précaire des malades nous autorisaient à chercher un adjuvant efficace à la triple cure d'air, de repos et d'alimentation, nous avons employé chez les tuberculeux le jaune d'oeuf soit en injections sous-cutanées, soit en injections intra-musculaires. Nous avons été surpris de l'amélioration considérable et du relèvement presque immédiat de l'état général de nos malades.

C'est ce qui nous a conduit à faire cette publication hâtive, aussi, dans cet article nous bornerons-nous à exposer la technique de ces injections et à indiquer les substances présumées actives qu'elles contiennent, réservant pour des publications ultérieures des études théoriques plus mûries et des résultats mieux étudiés.

Le poids moyen d'un jaune d'oeuf de poule est de 20 gr. et sa composition est la suivante d'après les plus récents travaux.

100 parties de jaune d'oeuf contiennent:	
Vitelline (isomère de l'albumine)	15,80
Margarine, oléine, lécithine, névrine et acides gras libres (corps gras solubles dans l'éther)	28,50
dont lécithine	6,80
Acide phosphoglycérique	1,20
Cholestérine	0,40
Sels minéraux	1,40
Eau	51,50

On conçoit d'après cette constitution complexe que l'association des substances puisse être pour autant dans les résultats obtenus que l'action elle-même de ces substances isolément considérées. Néanmoins dans l'état actuel de nos connaissances, nous croyons devoir attribuer à la lécithine une importance particulière, le phosphore semblant être dans ce dystéatophosphoglycérate de névrine à l'état de phosphore non encore complètement comburé, à l'inverse des phosphates qui semblent être plutôt des produits de désassimilation et la lécithine elle-même nous apparaît plus comme une graisse phosphorée naturelle et assimilable que comme un produit de combustion du phosphore.

Un gramme de jaune d'oeuf de poule contient, d'après la composition ci-dessus indiquée, 0 gr. 068 de lécithine, 0 gr. 012 d'acide phosphoglycérique, et 0 gr. 014 de sels minéraux.

Nous avons dans nos recherches trouvé que la densité du jaune d'oeuf était en moyenne égale à 1,07; un centimètre cube contient donc:

Lécithine	0 gr. 07276
Acide phosphoglycérique	0 gr. 01284
Sels minéraux	0 gr. 01498

Nos injections ont été de quatre centimètres cubes et nous avons fait deux injections par semaine. Chaque injection contenait environ, d'après les notions ci-dessus indiquées, 0,29 de lécithine.

Voici maintenant la technique de ces injections:

Le jaune d'oeuf est très épais et on n'arrive qu'au prix d'efforts considérables à le faire passer très lentement à travers une aiguille ordinaire de seringue de Pravaz. Nous employons la seringue de Roux en montant directement sur la seringue, sans l'intermédiaire du tube de caoutchouc, une aiguille de calibre un peu fort, ou du moins une aiguille de moyen calibre; nous avons fait bouillir chaque fois l'appareil avant de nous en servir.

Au point de vue de l'oeuf (qui doit être très frais) il peut être considéré comme suffisamment aseptique: l'essentiel est de laisser tomber le jaune de la coquille, brisée en deux directement dans un récipient préalablement flambé, sans qu'il subisse dans ce trajet aucun autre contact.

L'asepsie de la région sera faite soigneusement: nous avons fait jusqu'à présent des injections sous-cutanées à la face postérieure du bras ou intra-musculaires dans le deltoïde, mais nous emploierons volontiers dans nos traitements ultérieurs la région fessière à la cuisse: nous nous proposons d'essayer également de mélanger le jaune à une quantité égale d'eau salée stérilisée à 7 pour 1000 qui en augmentant la fluidité de l'injection pourrait favoriser l'absorption et permettre d'injecter une quantité plus considérable de substance active.

Il nous semble important, comme pour les injections huileuses, de placer l'aiguille d'abord, et de s'assurer bien avant de fixer sur elle la seringue qu'il ne sort pas de sang.

On injectera environ 4 centimètres cubes. L'injection sera poussée très lentement, condition qu'il est difficile du reste de ne pas remplir avec une aiguille de moyen calibre.

Ainsi pratiquées, ces injections n'ont jamais donné lieu à des abcès; elles n'ont guère été douloureuses, sauf dans un cas où nous avons injecté à la fois 7 centimètres cubes, et où il y eut dans la journée qui a suivi l'injection un gonflement assez intense du bras avec une douleur assez vive, phénomènes qui ont du reste disparu, au bout d'un jour, sans autre accident.

Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires de jaune d'oeuf peuvent donc être considérées au moins comme un des meilleurs moyens de faire absorber en assez grande quantité une lécithine qui ne peut être suspecte d'aucune altération.

Emploi thérapeutique de la lécithine chez le vieillard

D'après M. le Dr C. ARIÈS

On connaît l'action favorable que possède la lécithine dans tous les cas où l'on a à combattre une dénutrition rapide. M. C. Ariès, dans un travail récent, a été amené à rechercher si ces effets salutaires se produisaient dans la dénutrition des vieillards, soit qu'elle fût la conséquence directe de l'âge, soit qu'elle procédât d'une maladie dont la convalescence était rendue laborieuse par l'état de sénilité des sujets.

Or, M. C. Ariès, ayant employé la lécithine dans 18 cas, constata d'abord qu'elle n'avait provoqué chez ses malades aucun phénomène d'intolérance, aucun trouble fonctionnel, sauf peut-être une légère constipation. Il note ensuite une amélioration évidente dans l'état de ses vieillards, se traduisant par l'accroissement des forces et le relèvement de l'appétit. Cet accroissement des forces était parfois considérable: des malades, incapables de se livrer à la moindre occupation, réduits à rester confinés dans leur lit, ont pu, après quelques jours de traitement, se lever, se promener, voyager, reprendre sans fatigue un travail qu'ils ne faisaient auparavant qu'avec beaucoup de difficulté. Cette amélioration très nette a pu être spécialement constatée chez des vieillards qui étaient en convalescence de pneumonie, de bronchites.

L'augmentation de l'appétit est également très manifeste et très précoce, aussi bien chez les sujets où il laissait à désirer que chez ceux où il était satisfaisant.

L'augmentation du poids marche le plus souvent parallèlement à celle de l'appétit. Toutefois, elle est évidemment moins manifeste chez le vieillard que chez un sujet jeune en voie de développement. Il est bon de signaler que la lécithine, tout en étant un excellent "aliment," a pour effet habituel d'augmenter l'excrétion urinaire: cet "aliment" n'a donc pas, comme beaucoup d'autres, l'inconvénient d'amener de la congestion rénale et est ainsi particulièrement indiqué chez le vieillard.

M. C. Ariès a pu observer à plusieurs reprises de très bons effets de la lécithine sur le fonctionnement général du système nerveux des vieillards. L'auteur pense d'ailleurs, avec Morichau-Beauchant, que la lécithine a sur le système nerveux une action élective de celle qu'elle a sur la nutrition générale. Dans quelques cas, on note chez ces malades une légère excitation gésérique.

M. C. Ariès n'a pu faire d'exams du sang: mais présume de l'influence heureuse que doit avoir la lécithine chez les vieillards tant au point de vue de

l'augmentation du nombre de globules rouges qu'à celui de leur teneur en hémoglobine. D'autre part, il signale l'action toute spéciale sur le coeur qu'il a pu obtenir de la lécithine chez un de ses malades. Il s'agit d'un homme de 88 ans, atteint de myocardite sénile et chez lequel ni la spartéine, ni la digitaline ne donnaient plus d'amélioration: sous l'influence des injections de lécithine, le pouls est remonté de 56 à 66, 68, et, consécutivement à ce relèvement de la tonicité cardiaque, on observait une augmentation des urines qui passaient de 700 centimètres cubes à 1200 centimètres cubes par 24 heures. Il est vrai que ces bons résultats n'ont malheureusement pas été durables, et que, chez ce malade, on est obligé de recourir à une médication lécithinée constante pour maintenir l'amélioration obtenue.

Il faut dire enfin que jusque dans l'appareil respiratoire, l'auteur a pu constater l'heureuse influence de la lécithine sur l'amélioration de la nutrition générale.

Il restait à étudier les modifications apportées par la lécithine aux échanges organiques, telles que les révèle l'analyse des urines. Un premier fait fut tout d'abord relevé chez presque tous les malades de M. C. Ariès, c'est l'action vraiment diurétique de la lécithine: quelques-unes des observations en sont de bons exemples.

La plupart des auteurs qui ont étudié l'influence de la lécithine sur les échanges organiques, aussi bien chez l'animal (Serono, A. Desgrez et Aly-Zaky) que chez l'homme sain (G. Carrière) et chez le malade (H. Claude et Aly-Zaky), s'accordent pour conclure à une augmentation constante de l'urée, de l'azote total urinaire, du coefficient d'utilisation azotée, et une diminution notable de l'acide phosphorique éliminé par les urines.

Les résultats d'analyses d'urines rapportées par Morichau-Beauchant et observées par M. Ariès diffèrent sensiblement des précédents: l'augmentation de l'urée y est en effet loin d'être constante, et on la voit parfois diminuer; quant aux phosphates, leur élimination s'accroît assez souvent.

L'élimination de l'acide urique augmente-t-elle sous l'influence de l'administration de la lécithine? D'après l'expérience de Morichau-Beauchant, dans deux cas seulement sur six on note une légère augmentation de l'acide urique, et, dans un seul, le rapport de l'acide urique à l'urée s'accroît; mais il faut remarquer qu'il s'agit là d'une malade ayant moins d'acide urique que normalement, puisqu'à deux reprises avant le traitement il fut, vu sa faible quantité; impossible de le doser.

Il faut signaler enfin que Serono avait affirmé

“la présence constante de la nucléo-albumine dans les urines des sujets injectés.”

Gilbert et Fournier n'ont jamais trouvé trace d'albumine dans les urines des malades soumis à la médication lécithinée. Il en a été de même chez les malades de M. Ariès.

Concurremment avec la lécithine, l'auteur phosphorique et la levure de bière, qui, on le sait, contient une proportion notable de lécithine.

Elles ne semblent pas avoir une action aussi favorable que celle du médicament qui vient d'être étudié.

Pendant M. Ariès pense qu'il n'est pas inutile de donner l'exposé des résultats qu'il a obtenus par leur emploi.

Avec la levure de bière, il a pu observer une amélioration très nette de l'état général chez des malades atteints de catarrhe bronchique: indépendamment de l'heureuse modification survenue du côté de leur suppuration bronchique, ils présentèrent, au bout de 8 à 15 jours de traitement, de l'augmentation des forces et de l'appétit. Leurs échanges organiques ne semblent d'ailleurs pas avoir varié; l'examen des urines n'a révélé en effet ni augmentation de l'urée, ni augmentation des phosphates.

D'autre part, trois malades nettement rangés dans la classe des arthritiques ont été traités par l'acide phosphorique officinal (selon la méthode de Joulie). Cette médication fut parfaitement tolérée, mais ne donna aucun résultat appréciable.

L'examen des urines révéla d'une façon constante chez ces malades une augmentation de l'acidité (dosée selon le procédé de Joulie), parallèle à l'absorption de l'acide phosphorique.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

PÉDIATRIE

Traitement de l'eczéma des nourrissons

Dr Guille, moniteur à la clinique de Turner

A.—Traitement prophylactique.

1° La femme qui allaite doit surveiller son alimentation. Les aliments doivent être d'une digestion et d'une absorption faciles. Quant aux boissons, il ne faut pas permettre plus d'une demi-bouteille de vin par jour. Dans l'intervalle des repas, si la nourrice a soif, elle peut prendre un peu de limonade, ou un peu de tisane de réglisse, ou mieux encore de l'eau. Ni café, ni alcool.

Les exercices quotidiens, mais modérés, sont re-

commandés. Les nourrices mercenaires sont souvent réfractaires à ces règles d'alimentation et d'hygiène pourtant si élémentaires: aussi faut-il les surveiller avec soin.

2° L'enfant sera tenu proprement, et l'on empêchera la formation sur la tête des croûtes de lait. Enfin, point très important, l'enfant sera mis au sein régulièrement toutes les deux heures, et dans les premières semaines, pesé tous les jours.

B.—Traitement général.

1° Lorsque l'eczéma est déclaré, il faut surveiller l'alimentation de la nourrice et celle de l'enfant.

D'une part, suppression de la viande, du vin, de la bière; la nourrice prendra le lait coupé d'eau de Vichy, mangera beaucoup de légumes et sortira tous les jours. Dans certains cas, malgré les modifications apportées au régime alimentaire de la nourrice, l'eczéma de l'enfant persiste indéfiniment: il suffit alors de changer la nourrice pour voir très souvent l'eczéma guérir en quelques jours.

D'autre part, le nombre, la durée et les intervalles des tétées seront réglés encore plus strictement que de coutume.

2° Faut-il donner des médicaments aux nourrissons eczémateux ?

L'on a recommandé un grand nombre de médicaments et de sirops. L'arsenic a la réputation d'être, à tort ou à raison, antidartreux, aussi a-t-il été recommandé sous forme de liqueur de Fowler, à la dose de 4 gouttes suivant l'âge de l'enfant. Mais il semble actuellement admis que la plupart des médicaments sont nuisibles. Tout au plus est-on autorisé à faire un usage modéré des alcalins, des laxatifs et des antiseptiques tels que le calomel, le benzonaphthol et le bicarbonate de soude.

3° Enfin il ne faut pas négliger la cure d'air, qui est un précieux adjuvant.

C.—Traitement local.

Quant au traitement local, il doit être des plus simples.

1° Tout d'abord, débarrasser complètement la peau de tout exsudat desséché, et cela au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre, de compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée, de la calotte de caoutchouc vulcanisé.

2° Le décapage une fois obtenu, on applique une pommade. Les plus simples sont ici les meilleures. Vaseline à laquelle on peut associer un peu d'oxyde de zinc et de soufre dans les proportions suivantes:

4 Vaseline	
Lanoline	ââ 15 gr.
Oxyde de zinc	4 gr.

Soufre précipité pur, tamisé.	1 gr.
Oxyde de zinc	4 gr.
Soufre précipité pur, tamisé..	1 gr.

Mais souvent les poudres inertes, talc, sous-nitrate de bismuth, dans les eczémas suintants, donnent de très bons résultats.

Enfin, lors des poussées aiguës, il faudra recourir aux pansements humides, à l'eau bouillie.

En résumé, surveiller tout d'abord l'hygiène élémentaire de la femme qui allaite: nourriture mixte, pas trop de boissons, pas de bière. Ensuite régler l'alimentation du nourrisson. A côté du traitement prophylactique et du traitement général qui occupent le premier plan, instituer le traitement local qui ne doit être qu'un adjuvant.

(Ann. thérap.)

De la grippe gastro-intestinale des enfants et des jeunes sujets

par le Dr Rousseau Saint-Philippe

La grippe est d'actualité, Elle fait de nombreuses victimes. Elle prend souvent un masque trompeur. En voilà plus qu'il ne faut pour justifier toutes les reprises d'études la concernant, concernant ses diverses modalités.

Il est à peu près classique de distinguer à cette maladie infectieuse trois formes principales: la forme courbaturale ou nerveuse, la forme catarrhale, la forme gastro-intestinale, qui peuvent être isolées ou associées ou se succéder dans un ordre d'ailleurs absolument irrégulier. Je m'occuperai surtout de la dernière, l'une des plus fréquentes qui frappent l'enfance, au moins à Bordeaux, et dans l'épidémie que nous traversons actuellement, qui ne manque ni de caractère ni de sévérité.

Il convient d'établir que la "grippe gastro-intestinale" varie d'aspect suivant les différents âges de l'enfance.

Chez les tout petits, les enfants d'un jour à quinze mois, l'attaque est brusque et promptement dénouée: des vomissements presque incessants, incoercibles et pouvant durer jusqu'à vingt-quatre heures, des cris perpétuels ou des plaintes sourdes, un abattement profond, puis habituellement tout rentre dans l'ordre, si du moins l'enfant est au sein, car s'il est au biberon, les phénomènes durent un peu plus, s'allongent, s'accusent, sans revêtir pourtant l'apparence inquiétante des troubles gastro-intestinaux de l'été et de l'empoisonnement lacté.

Chez les enfants plus âgés, chez ce que j'appellerai les jeunes sujets, des enfants de huit à quinze et

seize ans, la maladie revêt franchement l'allure d'un embarras gastrique ordinaire, qui se termine sans encombre au bout d'un ou deux septenaires, ou qui, au contraire, montre tous les traits d'une véritable fièvre typhoïde. Il n'est pas toujours aisé de faire le départ entre les deux maladies, car elles se ressemblent étrangement au point de vue clinique. Potain professait qu'on voyait les deux: des septicémies gastro-intestinales d'origine grippale simulant la fièvre typhoïde, mais sans se confondre avec elle, et des fièvres succédant directement à l'empoisonnement grippal. S'il m'était permis de donner à mon tour, après l'éminent observateur que je viens de citer, les résultats de ma propre expérience, je dirais qu'en pareil cas il m'a toujours paru que le cachet typhique était tout de surface et d'apparence; qu'on retrouvait toujours, en scrutant les faits le génie grippal primordial avec ses manifestations si personnelles: qu'on avait surtout affaire, en pareils cas, à ce que nos anciens appelaient non sans raison "l'état typhoïde;" qu'il pouvait en être de ces cas comme de ceux qu'on renla périostite phlegmoneuse diffuse, où les caractères contre dans certaines pneumonies, dans l'érysipèle, dans les phlegmons diffus, dans l'ostéo-myélite aiguë, de la fièvre typhoïde sont tous au complet, moins la lésion pathogénique et microbienne.

Il m'a semblé aussi que dans ces "gripes typhoïdes" les complications broncho-pulmonaires et cérébrales survenaient plus souvent que dans la dothiéntérie vraie.

Enfin elles se prolongent parfois au delà des limites habituelles, jusqu'à faire penser à la tuberculose, tant persiste la fièvre et tant est marqué l'amai-grissement, l'effondrement organique. Je possède à ce point de vue deux observations bien curieuses de deux tout jeunes gens ayant débuté très nettement par de la grippe, et qui, dans le cours de leur longue maladie, avaient fini par présenter d'une façon si trompeusement évidente les apparences de la phthisie pulmonaire, qu'ils avaient été condamnés par des consultants très expérimentés. Ils ont radicalement guéri pourtant tous les deux, l'un par la suralimentation et l'autre par la suraération.

Aussi ne saurais-je trop insister pour qu'on ait constamment présentes à l'esprit: d'une part la notion anamnétique du début des accidents, qui sont si frappants dans la grippe, de l'autre la préoccupation de l'épidémie ou simplement de la constitution médicale régnante. J'ai la ferme conviction qu'avec ces deux données on précisera son diagnostic en même temps qu'on deviendra plus mesuré dans le pronostic.

(A suivre)

Supplément Littéraire

Les grandes empoisonneuses

par le Dr LEGUE

Dans l'histoire, dans le drame, dans le roman, l'arme choisie par les grandes coupables, comme instrument préféré de mort pour leurs victimes, c'est le poison.

Il semble que, depuis l'origine des temps, il y ait quelque affinité secrète, particulièrement tragique, entre la faiblesse de la femme et le mystère des breuvages mortels. Cette alliance, si souvent renouvelée, apparaît comme une double trahison. De son côté, le toxique dissimule, sous une saveur menteuse, l'horreur de ses futurs effets, tandis que l'empoisonneuse cache, elle aussi, sous la fausse douceur de perfides caresses, une soif de vengeance dont l'ardeur ne pourra s'éteindre que dans le crime.

Aussi, à côté, sans éveiller la méfiance, haine et poison cheminent lentement jusqu'au coeur, et, lorsqu'ils l'ont atteint, ils en arrêtent à jamais le battement d'amour et de vie.

Or voici que tout près de nous, au centre de Paris, on parle d'une grave affaire d'empoisonnement. Les soupçons se sont portés sur une femme occupant une haute situation dans la société Parisienne. L'avenir nous apprendra bientôt, car l'enquête est très habilement conduite. Il va falloir encore ajouter un nom nouveau à la liste déjà trop longue des grandes empoisonneuses.

Trop longue... et si ancienne ! puisqu'elle commence avec les légendes des siècles les plus lointains !

Telle l'histoire de la prudente Médée, savante en l'art des philtres, la magicienne merveilleuse de beauté, mais pleine de ruses qui, voyant Jason s'éloigner d'elle pour l'amour de Glaucé, fille de Créon, envoya à sa rivale une robe empoisonnée.

Apollonius de Rhodes a transcrit pour nous cette antique légende ; mais avec Tite-Live, c'est l'histoire même qui nous apprend que, cent ans avant l'ère chrétienne, des femmes de véritables monstres, employaient déjà, pour se débarrasser de leurs proches les substances meurtrières. Cent cinquante dames romaines furent condamnées pour ce fait, et Tite-Live nous révèle le nom d'une de ces criminelles, Hiéronyma Sparrá qui vendait ses services à ceux qui trouvaient trop lents les héritages attendus. Elle fut condamnée et pendue, ainsi que ses complices.

Dans l'ancienne Rome, on le voit, la science des toxiques était utilisée d'une façon redoutable. Ce

n'est pas vainement que Locuste expérimentait des poisons sur les esclaves, qu'elle cultivait pour Néron cet art abominable : l'effet était aussi sûr qu'effroyable.

Agrippine est initiée aux mêmes pratiques. Elle empoisonne avec un champignon l'empereur Claude et, de ce César imbécile, fait un dieu.

Deux ans plus tard, un mélange d'arsenic blanc et de plantes vénéneuses détermine, au dire de Suétone, la mort foudroyante de Britannicus.

Avec les invasions des Barbares et la chute de l'Empire romain on voit disparaître l'usage généralisé des poisons, qui n'est, en somme, que l'arme des civilisations à leur déclin.

Les travaux des alchimistes du Moyen-Age, uniquement préoccupés de la pierre philosophale, ne donnent lieu qu'à d'étranges légendes. Il ne sort de leurs creusets qu'un seul poison, l'antimoine, qui s'en va dans les cloîtres faire ses premières victimes.

Pour revoir les jours sombres des poisons de l'ancienne Rome, il faut attendre l'arrivée à la cour de France des fameux parfumeurs, amenés d'Italie par Catherine de Médicis. Grâce à la toute-puissante autorité de la reine, ces empoisonneurs-artistes ne tardent pas à faire de nombreux élèves.

Les empoisonnements deviennent de jour en jour plus fréquents à Paris. La capitale en est épouvantée. Mais les perfides Italiens poursuivent, avec une infernale habileté, leur sinistre besogne. Ils mêlent la poudre blanche d'arsenic à des confitures et à des gâteaux. Et leur science de préparation est si parfaite, que le trépas de leurs victimes est attribué à des causes absolument naturelles.

La mort est l'amie de la reine et ne la trahit point.

Le dix-septième siècle arrive sans que le mal cesse de sévir. En Italie, vers 1650, c'est "l'Aqua Toffana" qui est le poison à la mode. Cette préparation, due à une femme, la Toffana, cause au dire de cette misérable, la mort de plus de six cents personnes, parmi lesquelles on compte, dit-on, deux papes. Garelli, médecin de Charles VI d'Autriche, nous en a laissé la prétendue formule : c'était une solution d'acide arsénieux dans de l'eau distillée de cymbalaire, additionnée d'une sorte d'alcoolat de cantharides. . . .

Presque à la même époque, en France, deux femmes, la Brinvilliers et la Voisin, imitent et dépassent même la Toffana dans ses pratiques criminelles. Sans motif de haine, sans raison aucune, la Brinvilliers va trouver les pauvres dans leurs mansardes, les mourants à l'Hôtel-Dieu ; à eux, comme à ses amis, elle apporte des gâteaux et des sucreries destinés à

donner la mort. Et lorsqu'on se décide enfin, à rechercher les noms de ses victimes, les résultats sont tels que les juges hésitent à la poursuivre, sachant qu'elle est l'alliée de toute la magistrature et qu'elle y a recruté des complices.

C'est rue Beauregard, chez la Voisin, dans une maison enclose d'un pardin, que, pendant de longues années, ces complices de l'empoisonneuse, se donnent rendez-vous. On y voit défiler tous les plus grands noms de la magistrature, car la marchande de philtres, selon l'expression de La Bruyère, "promet aux jeunes femmes de secondes nocés, et leur en dit le temps et les circonstances."

Parmi les habitués de la rue Beauregard, voici d'abord la présidente Féron.

Elle est la fille d'un conseiller au Parlement et son mari est président de la première des Enquêtes.

La prison la guette, et, lorsque chacun devra rendre des comptes, après un an d'attente, elle sera bien heureuse de s'en tirer avec neuf années de bannissement et 1,500 livres d'amende. Charlotte Germain, la femme du président à mortier Lescalopier, sera sa compagne de déshonneur.

Comme elles, on jugera Françoise de Dreux, et, bien que son époux soit maître des requêtes, la Chambre Ardente ne l'en condamnera pas moins au bannissement à perpétuité hors du royaume: Mme de Poulaillon, convaincue, elle aussi, d'avoir demandé du poison à la Voisin, sera, sur ordre exprès du roi, enfermée aux pénitentes d'Angers. Son mari, correcteur à la Cour des Comptes, ne l'en fera pas sortir; elle y mourra près d'un demi-siècle plus tard.

La liste sinistre n'est pas close; il faut y ajouter encore les noms de Mmes Le Camus et de Marie Miron. La première est la fille d'un conseiller à la Cour des aides de Rouen et la femme du lieutenant civil. Marie Miron, qui est mariée à un conseiller au parlement, a pour amant Louis de Rubantel, maréchal de camp; on la condamnera pour avoir empoisonné sa soeur, Mme d'Hardécourt.

On marche chaque jour aux scandales les plus effroyables, aux découvertes les plus terrifiantes.

Cependant la Reynie, laisse poursuivre les interrogatoires des accusés, et voici que le nom de Mme de Montespan est prononcé. Le lieutenant de police ne s'arrête pas encore. Mais lorsque le roi a enfin connaissance des aveux que la torture arrache aux coupables, il demeure épouvanté et il donne l'ordre au président Boucherat de couper court aux séances de la Chambre ardente. Elle en avait tenu huit cent dix.

Pour rencontrer à une même époque un aussi grand nombre d'empoisonnements, il faut remonter au temps des Borgia, alors que, suivant l'historien of-

ficiel du pape Onufrio Panvinio, "plusieurs cardinaux et même de paisibles savants, retirés au loin dans les villes de province, mouraient victimes du célebre poison d'Alexandre VI."

On a contesté la réalité des puissants effets de ce toxique. Aujourd'hui le doute n'est plus permis, depuis que François Selmi a mis en évidence les "arsines" que l'on n'osait à peine soupçonner, il y a quelques années encore. Les arsines sont, on le sait, une combinaison d'arsenic et de substances organiques. Les Borgia avaient deviné que, pour exalter la virulence d'un poison il suffit de le faire passer à travers un corps organique; c'est ainsi qu'ils saupoudraient d'arsenic un porc et après avoir laissé se produire la putréfaction de l'animal, recueillaient les liquides qui en découlaient.

C'est cette liquer que les princes de l'Eglise, qui eurent tant de fois l'occasion de l'expérimenter sur eux-mêmes et entre eux, désignaient sous le nom "d'Acquetta."

On a cité parmi leurs recettes, pour les cas où la discrétion semblait nécessaire, une poudre blanche comme la neige, agréable au goût, qui ne foudroyait pas, mais qui agissait lentement et qui pouvait se mêler, sans qu'on s'en aperçut, à tous les aliments et à toutes les boissons. Ce fut à cette poudre que le pape Alexandre VI eut recours pour empoisonner le prince Zizim, frère du sultan Bajazet détenu en otage à Rome, avant de le livrer à Charles VIII.

Nous trouvons-nous en présence d'un de ces poisons à "échéance" dont il a été si souvent parlé jadis et dont beaucoup de savants, aujourd'hui, nient même l'existence? La découverte des arsines, ignorées longtemps et dont l'extrême virulence a été démontrée par Selmi, doit, tout au moins, nous rendre circonspects en la matière. Aussi bien, croyons-nous pouvoir affirmer que quelque part, en France, on travaille dans le silence du laboratoire à résoudre ce redoutable problème.

Des cobayes empoisonnés "à échéance"—la date de leur mort avait été préalablement fixée à deux mois—seraient tombés foudroyés exactement à l'époque désignée par l'expérimentateur.

Ajoutons que, du jour de l'ingestion du poison jusqu'à celui de leur mort, aucun trouble morbide ne s'était manifesté dans leur santé!

L'autopsie, d'ailleurs, n'aurait pu révéler à quelle nature de poisons ils auraient succombé.

Voilà certes de quoi troubler les plus sceptiques; mais s'il est vrai que de tels procédés puissent un jour sortir du mystère qui les enveloppe et devenir familiers à quelques savants, espérons néanmoins, qu'ils demeureront à jamais cachés à la foule des profanes; car l'homme est ainsi fait qu'il semble n'avoir découvert les secrets de la nature que dans un but de destruction contre les êtres créés.

(La consultation médical.)

Travaux Originaux

DES ULCERATIONS VESICALES ET EN PARTICULIER DE L'ULCERE SIMPLE DE LA VESSIE

par M. le Dr RENÉ LE FUR

Membre adjoint de la Société anatomique. Chirurgien à
l'hôpital Péan, à Paris,

(Suite)

“ Les ‘ulcérations aiguës,’ de la vessie sont rares en dehors de ‘l’ulcère simple perforant.’ Ce dernier offre des caractères bien spéciaux. ‘Cliniquement,’ il est le plus souvent latent, pendant une période plus ou moins longue, et s’annonce alors brusquement par une des deux complications suivantes: hématurie ou perforation. L’hématurie peut être très abondante et anémier rapidement le malade au point de faire croire, par son intensité et sa spontanéité, à une hématurie d’origine rénale (cas de Castaigne). La perforation semble être la règle au cours de ces ulcérations de la face postérieure et survient ordinairement du quatrième au huitième jour; elle peut être parfois révélée par une douleur intense, d’emblée excessive; mais le plus souvent elle se produit sans grand bruit et peut facilement passer inaperçue; la réaction péritonéale est en effet très peu marquée, ce qui tient à l’asepsie normale du contenu vésical, comme l’a d’ailleurs montré Castaigne; on sait en effet que l’ulcération aiguë perforante évolue ordinairement dans des vessies non atteintes de cystite. Dans presque tous les cas, on constate une rétention complète ou incomplète, et les urines recueillies par la sonde sont ordinairement sanguinolentes. Latence, hématurie, perforation: telle est, pourrait-on dire, la triade symptomatique caractérisant l’ulcère aigu perforant de la vessie.

“ ‘Au point de vue anatomo-pathologique,’ certains détails sont à retenir: la forme souvent ovulaire de la perforation, à grand axe d’ordinaire transversal; sa délimitation nette, à pic; l’unicité habituelle. Le ‘siège’ aussi paraît constant: ces ulcères se produisent presque toujours au niveau de la paroi postérieure sous-péritonéale de la vessie, près du sommet. Il est même intéressant d’opposer ce siège élevé de l’ulcère aigu perforant à celui de l’ulcère chronique,

solitaire, situé ordinairement plus bas, dans la région du trigone.

Certaines ulcérations aiguës de la vessie présentent des bords rouges, vascularisés, offrant même parfois la trace d’un cercle éliminatoire; si on examine avec soin le reste de la muqueuse vésicale, on retrouve souvent des plaques de congestion, des ecchymoses qui semblent indiquer une diffusion des lésions plus grande qu’on ne l’avait pensé au premier abord.

“ Quelle est la ‘pathogénie’ de ces ulcérations aiguës de la vessie ou ulcères simples perforant la vessie ?

“ Toutes les explications données à propos des ulcérations gastriques peuvent être invoquées ici; mais nous devons surtout en retenir trois: l’influence des ‘lésions vasculaires,’ des ‘lésions infectieuses’ et des ‘lésions trophiques.’ Quant à l’acidité du milieu si elle peut être invoquée au niveau de l’estomac, elle ne pourrait l’être au même titre au niveau de la vessie, car l’acidité normale, d’ailleurs très faible, de l’urine, fait bientôt place à l’alcalinité, dans le cas de vessie enflammée.

“ ‘L’embolie et la thrombose artérielle’ sont invoquées par quelques auteurs; et Castaigne, dans sa dernière observation, note expressément qu’une artère vésicale était oblitérée près de l’ulcère. Mais on peut se demander si toutes ces lésions vasculaires ne sont pas d’ordre secondaire. J’ai tenté sur des chiens quelques expériences de ligature des artères se rendant à la vessie; je n’ai jamais obtenu aucune lésion de la muqueuse vésicale. Sans donc rejeter absolument cette explication, nous devons être plus près de la vérité en accordant une grande importance aux ‘lésions infectieuses d’ordre général.’

“ Nous n’avons d’ailleurs qu’à nous reporter aux examens histologiques pratiqués dans le cas d’ulcère aigu perforant et mentionnés notamment dans la thèse de Gandy.

“ Voici ce que nous y voyons souvent constaté:

“ Vaso-dilatation générale excessive des veinules de la sous-muqueuse et des capillaires de la muqueuse; nécrose spéciale frappant tous les éléments en bloc; infiltration hémorragique abondante, à la fois de la sous-muqueuse et de la muqueuse; quelquefois thrombose spéciale hyaline des petits vaisseaux

de voisinage. Enfin, à la périphérie, infiltration inflammatoire d'éléments embryonnaires jeunes, sous forme de liséré périnécrotique, de traînées périvasculaires s'étendant plus ou moins loin. Oedème de la sous-muqueuse.

"A quoi attribuer ces lésions, sinon à un principe infectieux (ordinairement toxine, rarement bactérie), transmis par la voie vasculaire sanguine et qui est venu se déposer pour ainsi dire au niveau des capillaires de la muqueuse et de la sous-muqueuse, réalisant alors le processus histologique de la nécrose hémorragique aiguë, et arrivant à produire successivement toutes les lésions suivantes: infarctus hémorragique, escarre, érosion hémorragique, exulcération de la muqueuse, enfin ulcération profonde à fond encore hémorragique ou escarrifié.

"Cette hypothèse rationnelle, déjà confirmée par l'histologie, je vais essayer maintenant de la démontrer par des faits 'd'ordre clinique et expérimental.'

"D'abord on a parfois retrouvé les lésions décrites précédemment: ecchymoses, infiltrations sanguines, érosions hémorragiques, exulcérations, ulcérations constituées, non seulement dans l'estomac et l'intestin, mais encore au niveau de la muqueuse vésicale, au cours de diverses infections (érysipèle, septicémies post-opératoire, pyohémies, infection puerpérale, scarlatine, variole, diphtérie, fièvre typhoïde, dysenterie, étranglement herniaire tuberculeuse pulmonaire); et même dans quelques affections septiques locales (phlegmon diffus ou gangréneux). On peut les constater aussi dans les intoxications: soit étrangères à l'organisme (par les sels de mercure, par exemple, surtout le sublimé) soit autochtones (comme dans l'urémie, le cancer, et en général toutes les cachexies). Mais il est deux cas où on les retrouve peut-être encore plus fréquemment: à la suite de brûlures étendues de la surface cutanée qui s'accompagnent, comme on le sait, d'une intoxication profonde, et dans cette affection que Parrot désignait sous le nom d'oedème des nouveau-nés: sous l'influence des modifications profondes que subit l'organisme à la naissance de la vie extra-utérine amenant sans doute une brusque fabrication de toxines, surviennent des ulcérations aiguës de l'estomac, de l'intestin, ou même de la vessie, accompagnées d'hé-

morrhagies abondantes et de perforation.

"Si dans toutes ces affections les diverses lésions vésicales énumérées précédemment ne sont pas plus souvent mentionnées, c'est qu'on néglige souvent d'observer l'état de la muqueuse vésicale.

"Mais dans un grand nombre d'autopsies que j'ai faites à l'hôpital Necker, portant sur des affections fort diverses d'ailleurs, et où j'examinais systématiquement la muqueuse vésicale, j'ai été surpris de retrouver parfois ces lésions que je n'aurais pas même eu l'idée de rechercher.

"Enfin je voudrais exposer rapidement en terminant une autre série de faits qui me portent à considérer comme vraie dans un certain nombre de cas cette pathogénie des ulcérations vésicales adoptée par Gandy dans sa thèse: à savoir la nécrose hémorragique au cours d'une toxémie.

"Sur un grand nombre de chiens, lapins, cobayes, j'ai injecté par la voie sanguine des cultures de différents microbes (coli-bacille, b. pyocyanique—b. lactique, etc.). Je procédais ordinairement de trois façons: ou bien j'injectais la culture dans la circulation veineuse générale, et je produisais alors un traumatisme au niveau de la muqueuse vésicale ou même une simple rétention d'urine momentanée; ou bien, après avoir découvert une artériole se rendant à la vessie, j'y introduisais un ou deux centimètres cubes de culture virulente; ou bien j'injectais directement une ou deux gouttes de culture dans la paroi vésicale, sous la muqueuse, sous le péritoine vésical, ou encore à quelque distance de la vessie, sous le péritoine pelvien par exemple.

"Un certain nombre de mes expériences sont restées négatives; parmi les autres, certaines n'ont donné qu'un résultat incomplet (plaques d'injection, ecchymoses). Huit sont très concluantes: J'ai obtenu deux fois avec du coli-bacille, deux fois avec du b. pyocyanique des nécroses hémorragiques frappant en bloc tout un îlot de muqueuse vésicale; ou des ulcérations constituées, depuis la simple exulcération jusqu'à l'ulcération profonde atteignant la musculuse et même jusqu'à l'ulcération perforante. Dans un cas même, j'ai pu suivre la transition d'une lésion

l'autre; il existait deux gros îlots de nécrose hémorragique reliés par un pont et soulevant la muqueuse qui présentait une coloration noire à ce ni-

veau; on aurait dit deux gros hématomes, mais l'on voyait sur l'un des îlots un sillon ou cercle éliminatoire qui avait déjà soulevé le bloc nécrotique et le séparait nettement des portions voisines de la muqueuse vésicale saine. Si j'avais sacrifié l'animal un jour plus tard, j'aurais eu sans doute l'occasion de constater la chute de cet îlot nécrotique intéressant toute la paroi, et il s'en serait suivi une perforation. Dans deux cas, j'ai obtenu une ulcération taillée à l'emporte-pièce et ayant perforé toute l'épaisseur des parois vésicales.

" Il faut aussi, croyons-nous, faire une part assez importante aux 'lésions trophiques' dans la pathogénie de ces ulcérations vésicales, comme pour toutes les autres ulcérations. Spillman, Herting, Blocq, Tuffier ont beaucoup insisté sur la fréquence de ces ulcérations chez les paraplégiques, les tabétiques, les aliénés paralytiques, en un mot chez tous ceux qui présentent des troubles trophiques prononcés. Il se peut qu'on décrive un jour un mal perforant vésical comme on a décrit un mal perforant bucal après le mal perforant plantaire. En outre, Reymond, Kolischer, Mirabeau ont décrit des lésions trophiques de la vessie dues à des affections périvésicales (maladies de l'appareil génital chez la femme) ou d'origine post-opératoire.

" Deux points restent encore obscurs dans l'histoire des ulcérations vésicales.

" 1° Quels rapports unissent la bactériurie à l'ulcération vésicale ?

" 2° Une ulcération aiguë de la vessie peut-elle s'indurer comme au niveau de l'estomac, et se transformer en ulcère chronique à bords épaissis ?

" Je ne saurais répondre absolument à ces deux questions. Cependant je crois que la bactériurie ne peut que favoriser l'apparition d'une ulcération, si les autres conditions pathogéniques se trouvent réunies; mais il doit arriver plus souvent que certains cas de bactériurie d'origine vésicale sont causés et entretenus par une lésion ulcérate parfois légère (érosion, excoriation, simple desquamation épithéliale), mais suffisante pour déverser les microbes en grand nombre dans la cavité vésicale. Quant à la transformation d'une ulcération aiguë en ulcère chronique, je crois qu'elle est possible. Oliver l'admettait, et sans

être fréquente au niveau de la vessie, elle doit cependant exister.

Nous basions nos premières conclusions sur douze expériences et sur quelques constatations cliniques; depuis, nous avons étendu considérablement notre champ d'observations et d'expériences; dans un récent ouvrage, nous avons publié les résultats de soixante-trois expériences personnelles et nous avons analysé plus de six cent quarante observations, dont vingt-deux inédites et six personnelles; nous avons examiné plus de cent pièces anatomo-pathologiques du Musée de l'Hôpital Necker (collection de M. le Professeur Guyon). C'est d'après cet ensemble considérable de faits que nous pouvons compléter et préciser les notions précédentes.

(à suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

Vie Congrès Français de médecine

Tenu à Toulouse du 1 au 5 avril 1902

L'INSUFFISANCE HEPATIQUE

Plusieurs conditions, en dehors du fonctionnement de la glande biliaire, se révèlent capables d'exercer une action sur la glycosurie alimentaire, symptôme que, d'autre part, toute tare de cette glande n'engendre pas; il est donc indispensable de se montrer prudent, extrêmement réservé, quand on est tenté de s'appuyer sur ce phénomène pour juger l'insuffisance hépatique.

Dans certains cas, loin de révéler une insuffisance hépatique, cette glycosurie alimentaire se trouve, au contraire, sous la dépendance d'un excès de fonctionnement de la glande de la bile.

A mesure que la gestation progresse, cette glande se charge de glycogène. Au voisinage du terme, il devient impossible de faire accepter à ce parenchyme une parcelle de glycose. Au fond, ce refus tient à ce que l'organe vient de transformer en glycose des proportions considérables de sucre; il ne sait plus où loger de nouvelles acquisitions.

VII. "Le foie et les matières grasses."—Il est bien certain que la dégénérescence graisseuse de la glande hépatique entraîne habituellement, de la part

de cet organe, une insuffisance accentuée. Dans ces cas, pendant que l'urée diminue, les composés ammoniacaux de l'urine augmentent, des hémorragies apparaissent, etc.; de plus, en dehors des troubles de la lipolyse et de la thermogenèse, en dehors de quelques anomalies pigmentaires, l'analyse urinaire révèle l'existence de l'albuminurie, parfois de la peptonurie, en même temps que l'accroissement du soufre, du phosphore incomplètement oxydé et des acides, surtout des acides gras, etc. En somme, les fonctions relatives à l'urée, à l'hématopoïèse, aux matières grasses, à des pigments spéciaux, en particulier ferrugineux, les propriétés concernant les albumines, des éléments phosphorés, acides ou même sulfurés, etc., une foule de processus sont en souffrance.

Pourtant, dans ces conditions, il n'est pas inouï d'enregistrer un fonctionnement biliaire satisfaisant; à cet égard, l'état anatomique semble en désaccord avec le dynamisme physiologique.

VIII. "L'élimination du bleu de méthylène et les indications de l'insuffisance hépatique."—Une intermittence, un polycyclisme nettement constatés dans l'élimination du bleu de méthylène révèlent-ils une insuffisance hépatique? J'estime qu'à cet égard il convient d'être très réservé.

Il est, en effet, indubitable qu'une foule de cellules agissent sur cette matière colorante: cette influence change considérablement avec le degré du pouvoir réducteur de ces cellules. Après injection dans la circulation générale, l'intensité de coloration se révèle différente entre les divers territoires d'un unique viscère. Plus en général les éléments anatomiques sont importants à certains points de vue physiologiques plus leurs réserves oxygénées sont considérables; par suite, moins dépourvus de ce gaz, ils réduisent plus lentement.

D'autres facteurs interviennent dans l'élimination de ces matières. Le rein est à la fois filtre et glande. Dès lors, il paraît difficile d'admettre qu'un principe conduit à l'extérieur par l'urine ne ressente pas l'action des oscillations imprimées à la vitesse et à la pression sanguines; dès lors, également, on comprend mal que l'état d'activité de ces épithéliums tubulaires ne gouverne pas, dans quelque mesure, la sortie de ce principe qui s'échappe par la voie urinaire.

IX. "Insuffisance antitoxique du foie."—Le pouvoir antitoxique du foie s'exerce sans aucun doute et sur des alcaloïdes et sur des corps gras. Il est, par suite, certain que l'insuffisance de cet organe peut se traduire soit par des accidents d'empoisonnement, soit par l'augmentation de toxicité des extraits de divers tissus ou de différentes humeurs, par ex-

emple de l'urine. De fait, quand la glande hépatique est totalement dégénérée, on voit se produire une foule de désordres nerveux, circulatoires, respiratoires, digestifs, urinaires, sécrétoires, thermiques, cutanés, etc.

À côté des convulsions ou du coma, on note parfois du délire, un délire dans quelques circonstances assez calme, assez doux, que j'ai décrit sous le nom de folie hépatique.

Les hémorragies sont assez fréquentes au cours des insuffisances, et leur apparition coïncide habituellement avec le développement d'accidents toxiques.

Ces accidents nerveux, hématisques, etc., se déroulent, en général, chez des individus en hypothermie, état pathologique dont ici il est aisé de dépister le mécanisme. C'est au sein de la glande biliaire qu'on rencontre la température organique la plus élevée. Il est clair que les insuffisances de ce parenchyme suppriment ces diverses opérations et, par suite, tarissent plus ou moins ces sources de température.

Les modifications urinaires sont nombreuses et plus ou moins faciles à comprendre: la présence d'abondants composés ammoniacaux, coïncidant avec l'anazoturie, n'est que l'expression de l'insuffisance uréopoiétique. L'apparition du sucre ou mieux de certains sucres, dans des conditions à la vérité spéciales, traduit une incapacité glycogénique. L'élimination des colorants de la bile ou de quelques matières chromogènes sanguines est en rapport avec des défaillances de la fonction biliaire.

L'hématurie, l'anémie, une coagulation trop hâtive trahissent parfois des propriétés hématopoïétiques ou martiales défectueuses. Dans l'urine des hépatiques, on peut encore déceler des peptones de la sérine ou de la globuline, différentes albumines, de l'indican, de l'urobiline, du soufre, du phosphore incomplètement oxydé, divers acides, etc.

On a voulu, pour la glande biliaire, préciser le mécanisme de la fonction antitoxique; quelques-uns ont pensé que l'atténuation des éléments nuisibles appartenait au glycogène, dont le déficit pourrait, dès lors, entraîner l'insuffisance hépatique.

Je ne crois pas qu'on soit autorisé à rapporter, au moins exclusivement et directement, à ce glycogène, le mérite de ces atténuations. Si, toutefois, on veut dire que ce principe est, en quelque sorte, le témoin de cette activité, ainsi formulée, cette opinion est acceptable. Mais les faits ne m'autorisent pas à lui conférer un rôle plus précis, à faire de lui l'agent même de l'atténuation des poisons.

Au demeurant, il est probable que la nature intime de cette atténuation ou plutôt de ces atténu-

tions est complexe.

En définitive, le foie protège l'organisme, le débarrasse des produits toxiques, soit en entassant ces produits dans les cellules, soit en les transformant, soit en les conduisant au dehors: comment, avec un seul élément, prendre part à des processus dont les mécanismes sont si différents ?

M. A. Ver Eecke, co-rapporteur, a limité son étude à l'hypoazoturie. Il termine son rapport très documenté, surtout au point de vue physiologique et expérimental, par les conclusions suivantes:

L'étude des troubles de l'uréogénèse dans les affections dégénératives typiques du foie prouve, dans son ensemble, que le pouvoir uropoïétique du foie ne devient insuffisant que dans la déchéance organique profonde de l'organe et ne s'éteint qu'avec sa désorganisation totale. En pathologie hépatique, quelle que soit la dégénérescence du foie, le coefficient azoturique ne s'abaisse jamais au degré atteint dans la suppression artificielle de l'organe. Le foie ne peut être le seul lieu producteur de l'urée: l'observation clinique confirme sur ce point la pathologie expérimentale.

L'uropoïèse est une fonction biochimique dévolue en partie à tous les organes et tissus, mais qui se localise spécialement dans le foie.

Le foie ne fabrique d'urée qu'aux dépens des produits ultimes de la métamorphose régressive de l'albumine. Ces matériaux doivent lui être fournis; leur quantité disponible est en raison de l'intensité du mouvement de la dénutrition. La quantité absolue d'urée dépend essentiellement et avant tout de la nutrition générale.

Le pouvoir uropoïétique du foie, probablement de nature fermentative, est très étendu, normalement très supérieur aux besoins ordinaires et jusqu'à un certain point indépendant de la masse de la glande. Il peut se conserver intégral dans des portions même minimes ou des restes de l'organe épargnés par les processus morbides; il ne pourrait s'affaiblir qu'avec la réduction extrême du parenchyme et ne s'éteindre qu'avec la déchéance complète de l'organe.

La suppression expérimentale du foie n'entraîne pas l'arrêt de l'uréogénèse, mais détermine seulement un abaissement très considérable du coefficient azoturique, presque exclusivement au profit d'une ammoniurie proportionnelle, seule caractéristique certaine de l'hypoazoturie anhépatique.

Celle-ci apparaît plus ou moins prononcée dans les affections dégénératives du foie, mais sa signification est équivoque. Elle traduit plutôt une intoxication acide de l'organisme qu'un affaiblissement du pouvoir uropoïétique.

Cette intoxication acide est tout au moins en grande partie indépendante du foie, en partie, peut-être (lactacidurie), liée à une insuffisance fonctionnelle de l'organe.

En conséquence, l'hypoazoturie caractérisée par une ammoniurie proportionnelle à l'inflexion du coefficient azoturique ne peut dénoncer valablement une insuffisance uropoïétique du foie que pour autant qu'elle persiste sans traitement alcalin ou qu'elle augmente par l'administration d'ammoniacaux (carbonate d'ammonium).

C'est alors toujours un signe tardif de profonde déchéance organique et fonctionnelle du foie.

DISCUSSION.

M. Linossier fait remarquer que depuis quelque temps on n'attribue plus à la glycosurie alimentaire le rôle qu'on lui assignait dans l'étude des maladies du foie.

Si on discute soigneusement son déterminisme, on voit que c'est en réalité un symptôme très complexe. Il y intervient un grand nombre de facteurs: rapidité de l'absorption intestinale, fonction glycogénique du foie, activité glycolytique et glycofixatrice des tissus, perméabilité du rein pour le sucre, et il est impossible, "a priori," de proclamer, quand la glycosurie alimentaire se produit, que c'est le foie qui est défaillant. Bien plus, la clinique montre qu'un foie peut être profondément altéré sans que la glycosurie alimentaire se produise. Il en est de même de l'expérience. Benvenuti a pu supprimer fractionnellement le foie chez un chien, par l'établissement d'une fistule d'Eck, sans que la glycosurie alimentaire se montrât plus facilement.

Il est plus difficile, quand la glycosurie alimentaire se produit en l'absence de tout symptôme hépatique appréciable, d'affirmer que le foie n'est pas l'objet de quelque insignifiante altération, mais, même en admettant qu'une défaillance du foie soit nécessaire pour que la glycosurie alimentaire apparaisse, cette défaillance ne prouve pas l'insuffisance de l'organe. Il peut être parfaitement normal et répondre normalement à une excitation insuffisante. L'insuffisance est alors nerveuse et non hépatique, et c'est probablement ce qui a lieu dans les diverses névroses où la glycosurie alimentaire est fréquente.

La glycosurie alimentaire doit être, en réalité, considérée comme un diabète très atténué, et elle est justiciable des différentes théories du diabète. Son origine n'est probablement pas unique et, de même qu'il y a un diabète nerveux et un diabète hépatique il y a une glycosurie alimentaire nerveuse et une glycosurie alimentaire hépatique.

Si on se place exclusivement au point de vue de

la pathologie hépatique, sa valeur est médiocre. Dans les maladies du foie confirmées, ce n'est pas un signe de pronostic grave; en l'absence de trouble hépatique constaté, elle n'est pas un indice certain de l'insuffisance du foie.

M. Baylac (de Toulouse) a constaté dans des recherches faites en 1897 que la glycosurie alimentaire (à l'aide du sirop de sucre) existe chez 77 pour 100 des sujets atteints d'affections du foie et chez 3 pour 100 seulement des sujets qui ne présentaient pas de symptômes cliniques d'insuffisance hépatique.

L'absence de glycosurie dans les cas d'affections graves du foie s'explique par ce fait que le foie peut être induré et cirrhotique et rester fonctionnellement suffisant, comme l'a montré M. Brault. Enfin, la contradiction des résultats obtenus en Allemagne et en France semble due à ce que les Allemands ont surtout recherché la glycosurie alimentaire avec le glucose, tandis qu'en France on a surtout employé la saccharose. Celle-ci nécessite une transformation, un dédoublement sous l'influence des ferments digestifs. Le glucose est plus facilement assimilé par l'organisme normal que le lévulose. Il est plus facilement détruit au contact du sang que ce dernier; enfin, il est retenu facilement par les muscles qui ne paraissent pas capables d'utiliser le lévulose.

Ce sont là autant de raisons qui ont conduit M. le Professeur Lépine à remplacer la glycosurie par la lévulosurie alimentaire. En collaboration avec M. Arnaud, M. Baylac a recherché la valeur de la lévulosurie sur 43 sujets entrés à l'hôpital pour des affections diverses. Il a constaté de la lévulosurie chez 91 pour 100 des sujets atteints d'affections du foie. Ces résultats concordent avec ceux de Strauss qui a observé de la lévulosurie dans 90 pour 100 des cas d'affections hépatiques graves.

En résumé, l'épreuve de la lévulosurie alimentaire peut rendre de réels services en clinique et fournir des renseignements très précieux sur l'état fonctionnel de la cellule hépatique. Néanmoins, la lévulosurie ne doit pas faire rejeter les résultats obtenus avec le sirop de sucre; en donnant 150 grammes de sirop, les malades absorbent 96 grammes de saccharose qui se dédouble dans l'organisme en 48 grammes de glucose et 48 grammes de lévulose. Dans ces conditions, on a fait ainsi, souvent, une épreuve de lévulosurie sans le savoir.

M. Maurel (de Toulouse) ne saurait accepter les conclusions de M. von Eecke que sous réserves qu'elles s'appliquent aux animaux faisant du calorique avec des ternaires, et dont l'alimentation azotée est exactement en rapport avec les dépenses en albuminoïdes. A la condition de faire varier l'azote absorbé, on fait varier l'azote urinaire à volonté. Aussi M.

Maurel voudrait-il voir les conclusions ainsi rédigées.

1° L'azote urinaire est fonction de l'azote absorbé.

2° Cet azote urinaire peut provenir: (a) des albuminoïdes usés; (b) des azotes alimentaires ayant servi à faire du calorique; (c) de ceux s'étant dédoublés pour faire du sucre s'éliminant par les urines.

3° Cet azote s'élimine surtout sous forme d'urée et cette urée se forme surtout dans le foie.

4° L'azote uréique se rapproche d'autant plus de l'azote total que la quantité d'azote absorbée se rapproche plus de la quantité exactement suffisante pour réparer les albuminoïdes usées.

5° Dans toute expérience ainsi que dans toute observation clinique sur l'azote urinaire, il est indispensable de se rendre compte de l'alimentation.

M. Cassaet (de Bordeaux) estime que la recherche de la glycosurie alimentaire, pour constituer un élément sérieux de diagnostic et de pronostic, doit être accompagnée de celle des autres éléments du fonctionnement hépatique et notamment de l'urée, des sels biliaires, des substances chromogènes de la bile. De cette manière, quand elle devient positive dans le temps même où l'urée diminue, où les pigments biliaires se modifient, où les acides biliaires apparaissent dans l'urine, on ne peut lui refuser une réelle importance.

Pour cela, il n'est aucunement indispensable que le foie soit atteint de l'une de ces grosses lésions macroscopiques qui font croire souvent, comme en cas de cirrhose atrophique, que toute la masse glandulaire a été détruite. C'est l'explication des glycosuries alimentaires dans de simples perversions fonctionnelles (embarras gastrique, alcoolisme, ictère). Mais pour la reconnaître il est utile et presque nécessaire de faire des recherches en séries sur les mêmes personnes, qui laissent ou ne laissent pas passer le sucre alimentaire suivant leur état hygiénique momentané et sans qu'on puisse incriminer chez elles une lésion massive.

La guérison de la glycosurie alimentaire par le suc hépatique est un argument en faveur de l'opinion que si le foie n'est pas tout dans l'utilisation du sucre, il peut se faire que, de temps à autre, il se trouve placé dans des conditions telles qu'il ne participe plus comme il conviendrait à l'ensemble des actions glycolytique ou glycoso-fixatrice qui ont pour but de détruire ou retenir le sucre, faute de quoi ce sucre paraît dans les urines, donnant ainsi lieu au syndrome que nous étudions.

M. Mongour pense qu'on n'a pas suffisamment insisté sur les signes cliniques qui, comme l'ascite, les

troubles nerveux, les troubles gastriques et circulatoires, ont bien leur valeur comme signes d'insuffisance hépatique. Ils en disent beaucoup plus long sur le pronostic que toutes les déterminations expérimentales, surtout sur le pronostic éloigné, que nous devons chercher à tout prix à établir.

M. Picot (de Bordeaux) croit que l'insuffisance hépatique varie comme symptômes dans les différentes affections où elle se produit, et, qu'à l'heure actuelle, on ne peut encore écrire le chapitre clinique spécial, didactique, de l'insuffisance hépatique.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*)

Données comparatives de la radiographie et de la radioscopie dans les lésions thoraciques

M. Destot fait un parallèle entre les données de la radiographie et de la radioscopie dans les lésions des organes thoraciques et il démontre que non seulement la radiographie ne donne pas tous les renseignements que donne l'écran, mais que souvent les renseignements fournis sont erronés et de nature à tromper le médecin. En effet, il suffit de rappeler que les mouvements respiratoires et cardiaques font varier à chaque instant l'image pour démontrer que les ombres portées ne sont qu'une sommation des différentes positions occupées par les organes.

C'est en vain que M. Guilleminot, par un appareil fort ingénieux, où le pouls donnait lui-même l'excitation à une bobine, a essayé de ne prendre qu'une phase de l'évolution du coeur; il eût fallu un appareil à double détente pour supprimer les perturbations dues à la respiration, et tant qu'on ne pourra faire de l'instantané en radiographie on peut dire qu'il faut abandonner la radiographie dans l'étude des lésions thoraciques.

M. Destot rappelle deux erreurs de diagnostic: l'une se rapporte à un malade atteint d'endartérite oblitérante progressive de l'artère pulmonaire; l'autre à une congestion pulmonaire dans un rétrécissement mitral où l'imageommelée, l'obscurité des sommets avaient fait penser à une tuberculose que l'autopsie démentit.

Il arrive aussi que les médecins peu familiarisés à la lecture des épreuves radiographiques oublient que les épreuves renversent et qu'on doit lire en miroir les épreuves qui ont été prises le malade couché sur le dos, alors que s'il est pris sur le ventre, les épreuves sont lues directement. La méconnaissance de cette loi conduit à de curieuses méprises. C'est ainsi qu'une fausse dextrocardie radiographique fut confirmée par l'examen clinique d'un virtuose de la

percussion, et il faut reconnaître surtout par cet exemple combien sont imprécises les données de la percussion qu'un pareil subterfuge arrive à égarer. Cela rappelle le cas de Piorry.

Quant aux épreuves des lésions cardiaques, elles n'ont aucune valeur. M. Mouisset a présenté à la Société Médicale des Hôpitaux une radiographie de rétrécissement mitral où le coeur paraissait gros alors que l'autopsie le montra petit. La raison en est simple: outre les mouvements de l'organe et des poumons, il faut se rappeler que le tube de Crookes envoie des projections coniques qui agrandissent les images, suivant l'épaisseur du sujet et la distance de pose. Si donc le tube est très rapproché, le malade épais et le tube légèrement dévié de la ligne médiane, l'image obtenue sera absolument fausse.

La radioscopie au contraire donne des renseignements que ne peut donner aucune méthode clinique. Elle renseigne sur la physiologie normale et pathologique du diaphragme, sur la densité pulmonaire et sur ses variations dans les divers états pathologiques, dans l'inspiration et dans l'expiration. Elle montre les déplacements du coeur dans la respiration normale et dans la respiration forcée, ou au contraire sa fixité dans les péricardites, les dextrocardies acquises ou les sinistrocardies.

L'étude des pleurésies ne saurait désormais se passer de ce précieux contrôle.

Non seulement on voit les modifications dans les organes thoraciques en mouvement, coeur et poumon, non seulement on peut acquérir quelques données sur la face convexe du foie et sur l'estomac, mais encore sur les diverses altérations du médiastin: anévrysmes reconnus par la clinique et infirmés par la radioscopie, anévrysmes vrais méconnus, adhéno-pathie trachéobronchique révélée par l'écran et confirmant les toux de compression dans leur existence et leur réalité, fausses coqueluches, etc.

Dans les cardiopathies, il faut apporter plus d'exactitude pour juger de l'hypertrophie cardiaque et de son degré.

Il suffit pour cela de transformer les projections coniques du tube en projections cylindriques.

On arrive à ce résultat facilement. On cherche d'abord à fixer le rayon perpendiculaire au plan d'examen. Cette détermination faite, on promène le tube maintenu à l'extrémité d'un pantographe de façon à ce que le croisillon qui indique le rayon normal vienne passer successivement par les différents points de l'ombre portée du coeur. La seconde branche du pantographe inscrit les divers points ainsi trouvés et on a une silhouette exacte de l'aire cardiaque qu'elle que soit l'épaisseur du sujet

Si on compare les résultats ainsi obtenus à ceux de la percussion et de l'auscultation, on voit que les moyens cliniques actuellement employés sont absolument faux.

Cette façon de procéder est plus simple et moins coûteuse que le procédé stéréoscopique, que M. Sauve et moi avons les premiers fait connaître et qui est basé sur la vision monoculaire alternante. Mais ce dernier garde toute sa valeur dans les cas difficiles, dans les tumeurs du médiastin notamment et lorsqu'on cherche à savoir si des ombres correspondent à des adhérences pleurales simples ou si, au contraire, les ombres s'appliquent à des solides.

On peut dire qu'aujourd'hui, on ne peut plus se passer de la radioscopie dans le diagnostic complet des lésions thoraciques et que cette méthode doit se doubler, dans certains cas, de tours de mains accessoires qui lui assurent le maximum de sécurité et de valeur lorsqu'on sait à propos en user.

(Lyon méd.)

PEDIATRIE

De la grippe gastro-intestinale des enfants et des jeunes sujets

par le Dr Rousseau Saint-Philippe

(Suite)

Mais c'est surtout chez les enfants intermédiaires, de deux à huit ans, que s'accroît le type de la grippe gastro-intestinale. Ce sont, à vrai dire, les plus prédisposés. Les uns sortent à peine de la difficile période du sevrage et de temps en temps présentent encore des manifestations d'entérite. Les autres, victimes de leur déplorable diététique, sont plus ou moins atteints de la dyspepsie des déréglés, des gâtés, des mauvais mangeurs, de ceux qui absorbent mal et évacuent plus mal encore.

Chez tous, on observe nettement deux formes distinctes: une forme suraiguë, une forme aiguë.

Dans la première, les accidents débutent avec la plus extrême violence, et d'emblée les choses paraissent très graves: ce sont les vomissements qui ouvrent comme toujours la marche, et rien ne peut les arrêter. En même temps le ventre est le siège de douleurs vives, généralisées le plus souvent, d'autres fois localisées dans la région caecale et péri-caecale. Il y a parfois de la diarrhée de selles fétides: le plus souvent, c'est la constipation qui se montre, avec des borborygmes et du météorisme. Le facies se tire, le

nez se pince, les yeux se cerclent de noir et s'enfoncent, à telle enseigne qu'on se demande si l'on n'est pas en présence d'une appendicite, d'une obstruction ou même d'une péritonite. La fièvre est vive, jusqu'à 40° et plus. Les urines sont rares et troubles. Le teint est jaune. Le foie et la rate sont gros et douloureux. Si la diète hydrique absolue n'est pas instituée d'emblée, le dénouement fatal est à craindre, quoique le fait soit exceptionnel.

Le plus ordinairement, au bout de quelques jours, un calme relatif se produit, l'apaisement se fait et les phénomènes se dissipent les uns après les autres, ou bien la maladie prend la forme suivante, qui dure toujours au moins trois semaines. La convalescence est lente, coupée d'incidents pathologiques, et l'enfant reste amaigri et faible pendant bien longtemps, comme s'il avait été atteint dans ses sources vives. En pareils cas, l'infection grippale agit, me semble-t-il, exactement comme lorsqu'elle frappe les voies respiratoires, en fluxionnant inégalement mais en bloc tous les tissus qu'elle rencontre sur son chemin, peau, muscles, séreuses, canaux, viscères. On sait que lorsque cette fluxion est poussée au maximum, la gêne respiratoire devient énorme, et cette dyspnée unie à l'inhibition des centres nerveux menace la vie d'un danger prochain, plus direct évidemment que quand ce sont les voies digestives qui sont en jeu.

La seconde forme, la forme aiguë, offre il va sans dire des allures moins dramatiques. La période de début est même assez insidieuse. On pense tout d'abord qu'on va avoir vite raison de ce simple catarrhe gastro-duodénal avec un purgatif. Et l'enfant est remis au régime ordinaire. Mais la fièvre reparait, et avec elle l'enduit saburral épais de la langue, et l'abattement et le reste, et ce n'est qu'après un, deux, trois reprises de ce genre qu'on se rend à l'évidence. Il n'est pas rare qu'en même temps ou que peu après le début du mal, apparaisse un catarrhe bronchique d'intensité variable, de sorte que la réunion de ces trois grands phénomènes: fièvre continue, troubles gastro-intestinaux, céphalée persistante, fait naturellement penser à la fièvre typhoïde et la fait annoncer, quoique dans son for intérieur le praticien conserve des doutes sur l'étiquette, qui ne lui paraît pas convenir vraiment au tableau clinique qui évolue sous ses yeux. C'est pour ces cas, à n'en pas douter, qu'est réservée la dénomination commode et peu compromettante de fièvre muqueuse. A combien de septicémies d'origine intestinale ou autre n'a-t-elle pas dû être appliquée!

Il importe nonobstant de rendre aux faits leur valeur véritable, leur exacte signification. La science

ne peut agir autrement, sous peine de perdre de sa précision.

Or, dans l'espèce, il est possible d'éviter la confusion, en serrant de très près les termes du diagnostic différentiel. Si la grippe gastro-intestinale ressemble dans sa marche et la plupart de ses traits à la fièvre typhoïde, elle s'en distingue par un assez grand nombre d'autres points.

C'est ainsi qu'au lieu de l'épistaxis du début, on trouve assez souvent du coryza et un degré relatif de nasonnement qui m'ont toujours paru caractéristiques. La pression des globes oculaires est toujours très douloureuse. Il existe assez souvent dans les membres inférieurs des douleurs qui augmentent d'intensité tous les soirs. Si le catarrhe bronchique existe, le malade a de véritables " quintes de toux," qu'on ne rencontre jamais ou presque jamais dans la fièvre typhoïde où—à moins de complications—les lésions d'ordre hypostatiques sont froides, si je puis dire, et silencieuses.

Les malades n'ont pas le même dégoût pour les aliments. La langue est plutôt saburrale que fuligineuse. La constipation est de règle. J'en ai vu qui demandaient à manger, malgré la fièvre, surtout pendant les phases d'accalmie relative. La maladie n'a pas non plus la marche régulière de la dothiéntérie. La température est plus capricieuse, les poussées congestives plus brusques et plus mobiles. Quelquefois, la forme courbaturale se montre la première, et alors l'invasion est brusque, brutale. L'amaigrissement encore est plus prompt, plus profond. J'ai vu des taches rosées. Le plus souvent, je les ai cherchées vainement.

Les phénomènes cérébraux sont également plus marqués. Il y a du délire précoce, de l'agacement, de l'excitation. Les nuits sont particulièrement mauvaises. On prononce le mot de méningisme. On redoute la méningite. Il y en a peut-être un peu, de méningite, comme dans la pneumonie du sommet, et sous l'influence des toxines.

Enfin la séro-réaction et la diazo-réaction sont ordinairement négatives.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire des nécropsies de grippe intestinale, du moins en état de mal. Il serait intéressant de savoir si les lésions anatomiques présentent les mêmes analogies et les mêmes différences. De même il faudrait savoir quel est le microbe qui est en jeu: s'il y en a plusieurs, et si le colibacille, auteur de si singuliers méfaits, est capable aussi un moment donné de produire les mêmes troubles que le bacille d'Eberth.

Je ne crois pas qu'on soit en mesure de trancher présentement ces questions. Il faut donc s'en

tenir aux constatations de la clinique, et en faire son profit. Celles-là sont incontestables.

Le pronostic de la maladie est généralement favorable. Celui des complications est plus sombre. La grippe qui se prolonge peut menacer la vie par les transformations pathologiques qu'elle peut entraîner; mais il faut se tenir en garde contre la " durée," qui n'est pas à elle seule capable de désespérer le jugement.

Le traitement consiste surtout dans l'emploi des purgatifs doux, de l'alcoolature de racines d'aconit, administrée à doses fractionnées, et des bains tièdes répétés plusieurs fois par jour suivant l'intensité du mal. Mais il y a surtout deux indications dominantes pour moi: priver le malade de toute nourriture, même de lait, jusqu'à disparition complète de la fièvre, et s'abstenir de lui donner des antiseptiques chimiques qui aggravent ici la situation, de façon diverse, mais certaine. La quinine elle-même est loin d'être souveraine.

J'ai toujours vu, en effet, la fièvre subir une exacerbation marquée chaque fois que, trompé par les apparences ou que cédant aux instances de l'enfant, on se laissait aller à lui donner de la nourriture, même, légère. De même toute méthode qui ne tient pas compte de la constipation, phénomène habituel, presque constant, va à l'encontre du but en ne combattant pas la cause. L'infection est générale, certes. Il n'y a qu'à voir la façon dont l'organisme tout entier réagit vis-à-vis d'elle! Mais la source de l'infection est dans les profondeurs des voies digestives. C'est là qu'il faut l'aller chercher, non pour la détruire sur place, ce qui est une vue de l'esprit, mais pour en déblayer peu à peu la place. Aussi, l'antiseptie physiologique est-elle la seule qui mérite d'être recommandée dans le cas qui nous occupe.

En résumé, il existe une entité morbide qu'on peut appeler la grippe gastro-intestinale, qui offre avec la fièvre typhoïde une ressemblance véritable, mais qui s'en distingue néanmoins par des caractères propres, bien marqués. Cette grippe frappe les enfants de tous âges, mais présente son maximum de fréquence et son maximum d'importance chez les enfants de deux à dix ans. Elle guérit presque toujours, mais revêt souvent la forme prolongée, qui en impose pour des maladies plus sévères. La méthode évacuante, les moyens d'hygiène et la balnéation paraissent être les meilleurs moyens à lui opposer—avec la patience.

(Journ. de méd. de Bordeaux)

La diète hydrique.

La diète hydrique est une ressource précieuse dans les gastro-entérites graves de la première enfance, dans le choléra infantile surtout.

Pour qu'elle donne les résultats espérés, il faut qu'elle soit observée rigoureusement, et que le petit malade ne prenne pendant toute sa durée que de l'eau bouillie. On peut ajouter à cette eau un peu de sucre, un peu de thé, voire même quelques cuillerées de vin de Champagne, une cuillerée à soupe par biberon. Mais il faut défendre absolument l'eau albumineuse, le lait, à plus forte raison toute espèce de panade.

Le docteur Marfan recommande d'éviter les transvasements répétés de l'eau bouillie. Il veut qu'on la laisse dans le récipient où s'est faite l'ébullition jusqu'au moment de la mettre dans le biberon.

La température à laquelle doit être donnée cette eau à l'enfant est de 15 à 18 degrés. Le docteur Marfan trouve dangereuse la pratique des auteurs qui veulent la faire donner très froide et même glacée et s'exposent ainsi à augmenter l'état de collapsus où se trouve souvent le petit malade.

La quantité d'eau à faire prendre en 24 heures varie avec l'âge de l'enfant. Elle doit être à peu près la même que la quantité de lait nécessaire à l'alimentation d'un enfant du même âge: 100 grammes dans les deux premiers mois de la vie, 600 à 800 à six mois, un litre à neuf mois. On en donne régulièrement toutes les demi-heures un biberon de 30, 40 ou 50 grammes ou toutes les heures un biberon de 60, 80 ou 100 grammes. Lorsque l'enfant a beaucoup de fièvre et qu'il est très altéré on peut lui donner plus souvent cette eau bouillie, et il n'y a pas grand inconvénient à satisfaire sa soif.

La durée de la diète hydrique doit être de 24 à 36 heures, jamais plus. D'habitude on voit au bout d'un jour à un jour et demi les phénomènes aigus s'amender, les vomissements cessent, la diarrhée diminue considérablement si elle ne s'arrête pas complètement. La diète hydrique a fait disparaître les fermentations intestinales en remplaçant le lait par un liquide aseptique. Elle a laissé reposer l'estomac et l'intestin, elle a nettoyé mécaniquement la muqueuse digestive et facilite le retour des fonctions absorbantes de cette dernière.

Si le retour à l'état normal n'était pas complet il faudrait recourir à d'autres médications, les lavages de l'estomac et de l'intestin par exemple.

Il ne faut du reste à l'enfant qu'une petite quantité de lait pour commencer; pendant quelques jours on coupe ce lait d'un tiers ou même de moitié d'eau bouillie. Il est prudent de donner alternativement

pendant quelques heures un biberon d'eau bouillie et un biberon de lait coupé. Avec ces précautions on assure la convalescence du petit malade et on se met à l'abri d'une récurrence qui serait le plus souvent mortelle.

(Gaz. des hôp.)

Le prurigo chez l'enfant

Le prurigo simplex et le prurigo de Hébra sont les modalités cliniques d'une seule et même affection: l'un est la forme aiguë, l'autre la forme chronique du prurigo dont le symptôme objectif capital est constitué par la papulo-vésicule.

Le prurigo simplex est très fréquent chez l'enfant. La lésion élémentaire est une petite papule acuminée, rosée, à sommet blanchâtre, se desséchant rapidement. L'éruption se fait par poussées successives, principalement sur le côté externe des membres supérieurs, la région postérieure des fesses. Le prurit très intense à exacerbations nocturnes est le symptôme prédominant. La terminaison est toujours favorable.

Le prurigo de Hébra débute comme le prurigo simplex, par le prurit, des éléments ortiés et une éruption de papulo-vésicules; mais celles-ci ne tardent pas à former des placards rouges enflammés, suintants et aux lésions de grattage viennent se joindre de l'eczématisation et de la lichénisation de la peau avec hypertrophie ganglionnaire. Il est éminemment rebelle au traitement.

Le prurigo est avant tout une toxidermie; le résultat d'une auto-intoxication provoquée par des écarts de régime répétés, une suralimentation exagérée ou une alimentation mal appropriée, au tube digestif et à l'âge de l'enfant.

La base essentielle du traitement sera un régime sévère, dont le lait sera le principal élément. L'acide lactique à l'intérieur est le médicament qui donne le meilleur résultat. Les lotions vinaigrées suivies d'applications de poudres inertes sont le meilleur traitement externe.

(Ann. thérap.)

Procédé pour provoquer la quinte de coqueluche

M. Variot.—On sait quelle difficulté il y a le plus souvent à pouvoir affirmer le diagnostic de la coqueluche lorsqu'on n'a pas la chance d'assister à une quinte; l'œdème facial, les ecchymoses sous-cutanées, l'ulcération sous-linguale sont des signes inconstants et infidèles; la quinte seule est caractéristique.

M. Variot indique un moyen de provoquer la

quinte qui lui a toujours réussi. Il faut faire ouvrir largement la bouche à l'enfant et lui plonger brusquement l'index jusque dans le fond de la gorge, soulever l'épiglotte et faire pénétrer la pulpe du doigt dans le vestibule du larynx, comme pour le premier temps du tubage. Si l'enfant n'a pas la coqueluche, il se cyanose et tousse, mais sans quinte ; s'il l'a, une quinte des plus intenses et des plus caractéristiques se produit à coup sûr, exception faite parfois du cas où une quinte s'est déjà produite quelques minutes auparavant.

Il n'y a pas à craindre de morsure de la part de l'enfant ; la surprise qu'il ressent d'abord, puis la toux qui le secoue l'empêchent de mordre.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Laryngite sous-glottique

M. Deguy montre un larynx où existe un rétrécissement sous glottique qui a causé la mort de l'enfant par l'asphyxie ; tubage, dilatation trachéale après trachéotomie, n'ont donné aucun soulagement ; il s'agissait d'une enfant atteinte de croup, trois ans auparavant, et qui ne pouvait plus se passer de sa canule ; à peine était-elle enlevée pour la nettoyer qu'il fallait en remettre une autre, sous peine d'asphyxie. L'autopsie a montré que la glotte était intacte ; l'enfant avait du reste une voix normale ; mais sous la glotte existait, au niveau du cricoïde, un rétrécissement expliquant les accidents. La trachéotomie, haut située, avait sectionné l'anneau du cricoïde ; c'est là, en effet, une lésion qu'on retrouve toujours dans ces cas et qui prouve l'utilité de ménager ce cartilage dans les trachéotomies,

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Le rachitisme dans ses rapports avec l'allaitement au lait stérilisé

M. Ausset a recherché avec soin les stigmates de grand et de petit rachitisme sur 692 enfants. 456 étaient élevés au biberon ; 46 seulement n'offraient aucune trace de rachitisme, les 410 autres en étaient plus ou moins atteints ; 59 étaient soumis à l'allaitement mixte ; 34 étaient rachitiques et 15 non rachitiques ; 177 étaient élevés au sein, 158 d'entre eux n'offraient aucune trace de rachitisme ; 19 seulement, atteints d'entérite chronique, avaient des traces de rachitisme.

M. Ausset crit, comme M. Variot, que l'allaitement artificiel ne peut pas, par lui-même, causer le rachitisme ; ce n'est pas le lait de vache qui est le

coupable, c'est la façon de le donner ; les tétées irrégulières ou surabondantes causent de l'entérite, et, par suite, du rachitisme aussi ; chez les enfants au sein non réglés et atteints d'entérite, on voit survenir également le rachitisme. Ce n'est donc pas à l'allaitement artificiel lui-même qu'il faut attribuer le rachitisme.

M. Comby trouve que la statistique de M. Ausset semble, au contraire, démontrer nettement l'influence nocive de l'allaitement par le lait de vache. Il suffit de comparer les chiffres pour arriver à cette conclusion.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

MALADIES NERVEUSES

La forme spasmodique de la syringomyélie

M, G, GUILLAIN présente trois malades syringomyéliques chez lesquels l'affection revêt une forme spéciale, non encore décrite quand à ses caractères à laquelle, avec M. Pierre Marie, il propose de donner le nom de forme spasmodique de la syringomyélie.

L'attitude des malades est caractéristique. Ils ont les bras appliqués le long du tronc, l'avant-bras plus ou moins fléchi sur le bras, les mains en avant du pubis ; les épaules sont surélevées, projetées en avant, la tête est fléchie, le bord externe des trapèzes forme un relief très apparent, les creux sus-claviculaires sont profonds. Quand on regarde les malades de dos, ils apparaissent penchés en avant. Tout dans leur attitude donne une impression de rigidité, de soudure, ils ont l'apparence des pakisoniens.

Les caractères de la main soit importants. Dans son ensemble, la main tend à prendre la position du prédicateur. Les trois derniers doigts de la main se fléchissent progressivement dans la paume et les malades portent dans leurs mains contracturées des corps arrondis pour éviter les ulcérations qui pourraient être produites par les doigts spasmodiquement fléchis. L'index et le pouce, au contraire, conservent longtemps leur motilité : les malades s'en servent à la manière d'une pince. Quand les contractures sont très prononcées aux autres doigts, l'index et le pouce peuvent être cependant relevés.

Des troubles de la motilité assez généralisés existent ainsi que des troubles de la marche. Ces phénomènes sont sous la dépendance de l'état spasmodique et non de l'atrophie musculaire, car l'examen électrique et l'examen objectif montrent que les muscles ne présentent pas des altérations très prononcées,

Les réflexes des membres inférieurs sont très exagérés, le clonus du pied facile à déterminer, le réflexe cutané plantaire anime l'extension des orteils.

Des troubles visicaux existent. M. Guillain a vu, avec M. Albarran, que certains malades avaient des troubles latents de la contractilité de muscle vésical; d'autres une cystite spéciale avec ulcérations.

La forme spasmodique de la syringomyélie a une évolution lente. La mort survient par cachexie urinaire, par cachexie nerveuse ou par une affection intercurrente.

Dans deux autopsies M. Guillain a constaté l'existence d'une syringomyélie sans pachyméningite, syringomyélie présentant des lésions destructives intenses au niveau de la région cervicale, bouleversant toute l'architecture médullaire, et de plus une dégénération très accentuée des zones pyramidales du cordon latéral, se poursuivant dans toute l'étendue de la moelle. Une telle dégénération ne se rencontre pas dans les cas habituels de syringomyélie.

La clinique et l'anatomie pathologique justifient donc l'existence de la forme spasmodique de la syringomyélie.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

BIBLIOGRAPHIE

Le médecin chrétien.—Leçons pratiques de Déontologie médicale, par le Chanoine Moureau, doyen de la Faculté de Théologie de Lille, et le Dr Lavrand, professeur à la Faculté catholique de Médecine. (Paris, F. Lethielleux, 1902).

A une époque, où le flot des nouveaux arrivants dans la carrière médicale, menace d'ébranler, comme par un cyclone moral, les traditions et les principes de dignité et de conduite professionnelles, que nous avaient légués les maîtres anciens, il n'est pas superflu de les examiner, de les recueillir, sous forme de Codes déontologiques, dont le respect devrait s'imposer à tous. Nous sommes déjà en possession, des ouvrages connus et estimés de Dechambre, de Juhel-Renou, de Brouardel, de Grasset: à côté d'eux, peut prendre place, malgré ses allures modestes, le livre de MM. Moureau et Lavrand. Il est le fruit de la collaboration d'un moraliste, théologien distingué, et d'un professeur de médecine. Il sera lu avec avantage, et souvent consulté, à cause du caractère de ses auteurs, des principes qu'ils représentent, et de sa réelle valeur. Nous voudrions en donner une idée.

Il s'adresse, plus spécialement, aux étudiants en médecine des Facultés catholiques; et, est en quelque sorte, la quintessence de cours, qui leur furent professés.

Il comprend deux parties:

- 1° Les devoirs généraux du médecin chrétien.
- 2° Les devoirs spéciaux.

I.—“Les devoirs du médecin découlent des ‘principes du droit naturel,’ ou des lumières de la raison que Dieu a mis en nous, pour nous éclairer. Ces ‘principes,’ ne sauraient mieux être définis ou interprétés, que par la plus grande autorité morale, qui existe au monde, par l'Eglise catholique et ses moralistes. Nul ne saurait prétendre que la loi civile, qui atteint seulement les actes extérieurs, suffit à diriger la conduite du médecin en toutes circonstances; s'il n'a d'autre idéal, que d'échapper à la justice des hommes, il est bien des infâmies, qu'il pourra commettre, pour arriver à la fortune et à la notoriété...”

Aussi y a-t-il, pour lui, des “obligations de charité,” et des “obligations de justice.”—Les auteurs les étudient, dans une série de chapitres, qui portent les titres suivants:

1° “Religion du médecin;” sa nécessité; connaissances religieuses nécessaires au médecin; religion dans la pratique du médecin.

2° “De la science nécessaire au médecin;” son acquisition; sa conservation; sa mise à jour.

3° “Dignité et honnêteté professionnelles.”—Signalons quelques paragraphes très judicieux, sur le charlatanisme et l'esprit du charlatanisme, sur la publicité extra-scientifique; sur la participation des médecins à des sociétés à bénéfices, pharmaceutiques, thermales, etc.

4° “Le médecin et ses confrères.”—Sous ce titre, sont étudiées les conditions d'acceptation des clients d'autrui, les questions de détournements de clients, et les règles pour les consultations entre confrères, pour les remplacements, etc. Nous trouvons les auteurs un peu sévères pour les médecins homoeopathes quand ils disent qu'on ne saurait les accepter en consultation, parce qu'on ne pourrait s'entendre: la situation peut cependant être telle, parfois, que le confrère soit honorable, sans charlatanisme, et que la direction allopathique du traitement, soit seule acceptée.

5° “Le dévouement du médecin.” Obligation de la visite aux malades; soins à donner aux pauvres; rôle du médecin dans les maladies contagieuses et épidémiques; règles à suivre dans les visites aux malades; examen des malades; diagnostic, etc... Est-il permis de mentir aux malades?

6° "Des prescriptions de remèdes et des opérations de chirurgie."—Le médecin doit, autant que possible, employer des remèdes, dont l'effet est généralement reconnu efficace, et ne pas user inconsidérément des remèdes lancés par des réclames audacieuses. Puis, viennent les règles de l'emploi des remèdes dangereux, des substances narcotiques ou énivrantes, etc. Les auteurs s'élèvent avec force, et à juste raison, contre les expériences scientifiques tentées sur des malades, comme celles qui ont été pratiquées récemment chez des cancéreux, pendant le sommeil anesthésique. Toute opération chirurgicale grave, ne doit être faite, que du consentement du malade ou de son entourage; et que, si elle a pour but de conserver la vie du patient, ou de le délivrer d'une infirmité insupportable, ou de douleurs intolérables. Il est cependant certaines opérations esthétiques parfaitement licites: mais les auteurs n'en parlent pas. Un article intéressant, est celui qu'ils consacrent, à la pratique de "l'hypnotisme" en médecine: les règles morales qu'ils indiquent sont larges; l'hypnotisme est toléré en théorie et en pratique. Nous croyons qu'on ne saurait trop insister, sur les réserves nécessaires d'habileté, de prudence, et d'honnêteté de l'opérateur: car l'abus n'est pas sans avoir une influence funeste, sur l'hygiène des centres nerveux.

7° Le chapitre "De la discrétion médicale," occupe une place étendue dans l'ouvrage, que nous analysons. Il comprend l'importante question du "secret médical," de ses limites; l'étude en est poursuivie au point de vue des assurances sur la vie, des certificats "post-mortem," des sociétés de secours mutuels, des mariages projetés, des époux, des nourrices, des domestiques, des établissements industriels ou autres, des témoignages en justice, des expertises, etc. On y trouvera des renseignements précieux, et de sages règles de conduite.

8° et 9° Les deux derniers chapitres s'occupent "Des honoraires médicaux" et "De la responsabilité médicale."

II.—C'est dans la deuxième partie, consacrée aux "Devors spéciaux du médecin chrétien," que s'affirme plus spécialement le caractère particulier, de l'ouvrage de MM. Moureau et Lavrand. Là, en effet, sont soulevées de graves questions de morale chrétienne et de déontologie professionnelle, par exemple celles de "l'embryotomie," de "l'avortement," de la "grossesse extra-utérine," de "l'accouchement prématuré," de "l'opération césarienne post-mortem," etc. Les règles imposées sont délicates, et parfois sévères; mais, il faut reconnaître que les progrès de la science, ont déjà aplani bien des difficultés: "pax et veritas osculatae sunt."

Dans le chapitre II, "Du médecin et de la religion de ses clients," on s'occupe de l'administration du baptême en cas d'urgence, de l'appel du prêtre chez les malades catholiques, etc.

"Les certificats" et les "rapports médicaux," sont l'objet du chapitre III.

Les deux derniers chapitres sont relatifs, au rôle des médecins dans les "procédures ecclésiastiques," à la "crémation" et à "l'inhumation."

Telle est l'esquisse sommaire de l'ouvrage de MM. Moureau et Lavrand. La nature de certains sujets qui y sont traités, peut surprendre d'abord les esprits non préparés: ils ont leur utilité pour le médecin chrétien. Tous ceux qui le consulteront, croyants ou incroyants, ratifieront l'éloge, qui lui a été donné, dans la préface de Mgr Baunard: "C'est un ouvrage bien fait, qui dit tout ce qu'il veut dire et doit dire; et, il le dit comme il faut, avec ordre, clarté, mesure, dans une langue sobre et simple, qui est le miroir d'une pensée en pleine possession de la doctrine qu'elle fait transparaître aux yeux."

(*Journ des Sciences méd de Lille*).

FORMULAIRE

FORMULE EPILATOIRE INOFFENSIVE

(BUTTE)

Teinture d'iode.	3 gr.
Essence de térébenthine.	6 gr.
Huile de ricin.	4 gr.
Alcool	48 gr.
Collodion	100 gr.

Pour badigeonner 3 ou 4 jours la surface veulue: tous les poils restent adhérents en enlevant la croûte collodionnée qui s'est formée.

(*Jour. de méd. de Paris*.)

LINIMENT CONTRE LE RHUMATISME MUSCULAIRE

Baume de Fioraventi.	20 gr.
Alcool camphré.	20 —
Essence de térébenthine	3 —
Chloroforme	5 —
Menthol	2 —

En applications ou frictions légères.

TRAITEMENT DES GASTROPATHIES D'ORIGINE
CARDIAQUE

M. Valentin, dans sa thèse de Lille, inspirée par M. le professeur agrégé Carrière, recommande contre la dyspepsie flatulente et l'hyposthénie les formules suivantes :

Le malade prendra avant les repas (en l'espèce ils sont remplacés par du lait) une cuillerée à café de la teinture composée suivante :

Teinture de noix vomique.	5 grammes.
Gouttes amères de Beaumé.	} à 10 —
Teinture de gentiane.	
Teinture de rhubarbe composée	} à 20 —
Eau de laurier cerise	
Eau de menthe.	Q. S. p. 100cc

Si le patient mange, on pourra encore lui faire prendre, au milieu du repas, une cuillerée à bouche de solution :

Acide chlorhydrique officinal.	3 grammes.
Sulfate de strychnine.	0g05 centigr.
Eau. :	300 cent. cubes.

Au moment de l'accès gastralgique, on tirera de bons effets de la médication suivante :

Eau chloroformée saturée.	150 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.	0g50 centigr.
Eau de fleurs d'oranger.	50 grammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Une à trois cuillerées à soupe au moment des accès.

Enfin, si dans la période d'asystolie surviennent des vomissements incoercibles, on fera prendre avec chaque dose de lait de I à IV gouttes de la mixture :

Picrotoxine	0g10 centigr.
Accool pour dissoudre.	Q. S.
Chlorhydrate de morphine.	0g05 centigr.
Sulfate d'atropine	0g05 centigr.
Eau de laurier-cerise.	10 grammes.

(Gaz. des hop.)

ENDUIT POUR PRÉVENIR LES ESCARRES

Baume du Pérou	1 gramme
Gutta percha	4 —
Chloroforme	30 —

Enduire avec un pinceau fin, deux fois par jour les parties menacées. (Nouv. Rem.)

VERNIS ANTISEPTIQUE REMPLAÇANT LE COLLODION

(Nicaise) :

Thymol	1 gr. 50
Baume de tolu.	5 grammes
Gomme laque pulvérisé	60 —
Alcool à 90°	50 —
Ether	100 —

POTION CONTRE L'INSOMNIE :

Extrait de belladone	0 gr. 25
Bromure de sodium	10 grammes
Eau de laurier-cerise.	10 —
Glycérine.	15 —
Solution huileuse de trional à 5%	60 —
Mucilage de Carragaen à 5 0/0	70 —

Faire une émulsion par simple mélange en agitant vivement la bouteille.

Chaque cuillerée à soupe renferme 0 gr. 025 d'extrait de belladone, 1 gramme de bromure, 1 gramme d'eau de laurier-cerise et 0 gr. 30 de trional.

POTION CALMANTE :

Bromure de potassium	2 grammes
Alcoolat de mélisse	10 —
Sirop d'éther	30 —
Teinture de valériane	40 gouttes
Eau	100 grammes

A prendre par cuillerées à soupe : les trois premières de 1/4 d'heure en 1/4 d'heure ; les trois suivants de 1/2 heure en 1/2 heure et les autres d'heure en heure.

CONTRE LE TŒNIA CHEZ LES ENFANTS.

Huile étherée de fougère mâle	4 grammes
Calomel	0 gram. 40
Eau	15 grammes
Sucre en poudre	15 —
Gélatine	Q. s.

A donner après un jour de régime lacté à un enfant de cinq ans.

(DUCHESNE)
(Gaz. méd. belge.)

Supplément Littéraire

La thérapeutique annamite

par le Dr Vialet

Dans un récent et important travail, le Dr. Vialet étudiant la médecine et la chirurgie indigènes au Tonkin. Il nous paraît intéressant d'extraire de son travail quelques passages concernant les remèdes empruntés au règne animal, qui sont couramment employés par les Annamites. Ils montrent à quelles opothérapies bizarres ceux-ci ont souvent recours. Pour eux en effet, certains animaux sont une source inépuisable de remèdes; chaque partie de leur corps guérit un grand nombre de maladies.

Le chien, si répandu au Tonkin où sa chair constitue un met des plus goûtés, devait être appelé à fournir un apport considérable à la thérapeutique et voici, en effet, les multiples usages auxquels il est journellement employé:

La viande du chien mâle à robe fauve est la meilleure; celle du chien noir ou blanc ne vient qu'en seconde ligne. Mais on ne doit jamais consommer la viande d'un chien mort de rage ou de toute autre maladie. Pourtant les Annamites mangent sans la moindre répugnance les boeufs ou les buffles morts de maladies même contagieuses, telles que la peste bovine ou le typhus, de même qu'ils se régalaient des poulets que tue le choléra ou la diphtérie avaire. Pour ce qui est de la rage, on donne le foie du chien enragé à la personne mordue. De plus, les Annamites croient fermement qu'il suffit d'avoir son ombre mordue par un chien hydrophobe pour devenir soi-même enragé; dans ce cas, le remède souverain est de boire la bile extraite de la vésicule biliaire.

Les testicules de chien constituent un médicament "tempéré." C'est au sixième mois lunaire qu'il faut les recueillir. Lorsqu'ils ont séché à l'ombre pendant cent jours, ils peuvent être employés et guérissent alors la phtisie pulmonaire et l'impuissance.

Le sang du chien blanc est particulièrement recherché; c'est un médicament "chaud." Chez la femme en travail, il corrige les présentations vicieuses. Il guérit la rage et les coliques, à condition d'être employé frais, même encore chaud; et il faut non seulement en boire, mais s'en barbouiller tout le corps.

Le lait de la chienne passe pour guérir la cécité; on le recueille dès que la chienne a mis bas, et lorsque les petits commencent à ouvrir les yeux, l'aveugle doit recouvrir l'usage de la vue.

Le fiel du chien guérit les maux d'yeux, les fractures, les plaies par instrument tranchant et les érup-

tions douloureuses.

Enfin les dents de chien sont portées en guise d'amulettes par les enfants atteints de maladies internes ou externes, et les ergots mis dans la boisson passent pour augmenter le lait des nourrices.

La chair du coq est un médicament "tempéré" qui fortifie les cinq organes de la circulation, facilite decins annamites prétendent remplacer par des os de poulets les petits os du squelette humain brisés ou cariés; mais M. Vialet avoue n'avoir jamais constaté "de visu" cette opération chirurgicale, ou ses résultats. La partie blanche de la fiente de coq, une fois torréfiée, sert à guérir les syncopes.

La poule noire est assez recherchée aussi pour ses propriétés médicinales. Les os réduits en poudre fortifient les poitrines délicates et guérissent les hémorragies utérines. Le sang de la crête dissout toutes sortes de poisons et partage avec les plumes la précieuse propriété de chasser de la gorge les arêtes et les os qui s'y sont enclavés. Il fait mûrir les abcès et guérit l'incontinence d'urine chez la femme.

La viande de loup guérit le bérubéri et toutes les affections de la peau. Elle se donne aussi dans les cinq maladies internes des jeunes enfants qui sont:

- 1° Peau et bouche sèches;
- 2° Soif violente;
- 3° Toux;
- 4° Colique, avec ou sans diarrhée;
- 5° Dysenterie, avec l'une des cinq teintes de la peau (pâle, rouge, jaune, blanche, noire).

L'écureuil fournit des médicaments tempérés. L'appareil génital externe est employé pour guérir les maladies des organes de la génération chez l'homme et chez la femme. De plus, comme l'écureuil sautille d'arbre en arbre et semble voltiger avec la légèreté d'une flèche, ses os sont recherchés et passent pour guérir les blessures faites avec des flèches.

Le tigre, si répandu dans les forêts de la haute région tonkinoise, inspire autant de vénération que de crainte aux indigènes, qui l'appellent "ông cop," c'est-à-dire Monsieur Tigre. La chair chasse tous les maléfices et déjoue les ruses du "Makoui," sorte de divinité malfaisante et diabolique. Les poils de la moustache et les griffes sont les amulettes les plus recherchés et, paraît-il, les plus efficaces dans toutes les maladies. Enfin les os longs des membres antérieurs, broyés et macérés dans l'alcool, guérissent les rhumatismes, la goutte et la rage.

La chair de rat ordinaire est un médicament tempéré. Elle guérit les entorses, les piqûres, les coupures et toutes les maladies infantiles.

La chair du singe passe pour guérir les fièvres rebelles et préserver des maladies épidémiques, en

particulier du choléra. Elle s'emploie contre la lèpre et la phtisie.

Un remède au moins aussi étrange que les propriétés qu'on lui attribue est constitué par les écailles de pangolin. On les emploie pour faciliter l'éruption de la variole et de la rougeole, pour combattre les coups d'air et empêcher les enfants de pleurer la nuit.

Le ver à soie, très répandu en Indo-Chine, fournit plusieurs médicaments.

Le cocon, lorsque le papillon s'en est envolé, sert dans le traitement des hémorragies par les voies naturelles et dans celui des maladies de la peau. Or ce dernier fait est au moins curieux, car on a constaté que la manipulation des cocons de vers à soie déterminait des altérations épidermiques. Ces accidents seraient dus à une excrétion de matière urticante, peut-être d'origine urinaire. Quoi qu'il en soit, les indigènes employés au dévidage des cocons n'en sont pas exempts. Ils croient donc en la vertu curatrice même de leur maladie.

L'eau dans laquelle on a fait baigner les cocons pour faciliter le dévidage de la soie, passe pour fébrifuge.

Enfin les excréments du ver à soie, lavés, puis séchés, servent à guérir les rhumatismes et la boule à l'estomac (hystérie).

La chair de la loutre, en plus d'autres nombreux usages, est employée "pour remplacer les vieux intestins qui s'en vont."

La luciole, cet insecte lumineux que l'on voit passer, la nuit venue, tel un petit météore, est un médicament "tempéré" qui se prend comme vermifuge et comme dérivatif dans les maladies de peau et les engorgements ganglionnaires.

La seiche est employée comme emménagogue. L'os de seiche guérit les maladies de la peau, les hémorroïdes, la dysenterie.

L'huitre s'emploie contre la tuberculose, la disurie et la fièvre. L'écaille d'huitre, médicament "froid," empêche les pertes séminales et l'éjaculation trop rapide, guérit les sueurs profuses, les rhumatismes et la dysenterie.

Les dépouilles de serpents, sans distinction d'espèce, sont employées dans le traitement des maladies des petits enfants caractérisées par de l'agitation continue, des soubresauts, des frayeurs nocturnes et contre les maladies de peau. Et, comme rien n'est nouveau sous le soleil, M. Vialet rappelle au sujet de ces remèdes dont l'énumération seule fait sourire, que Charras, auteur d'un traité apprécié de la fin du XVIIe siècle, prisait fort les qualités de la vipère et que Mme de Sévigné ne craignait pas de prendre quelques gouttes d'essence d'urine de vipère pour

dissiper ses vapeurs. Ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est qu'elle avoue avoir éprouvé du bien de cet étrange remède.

Voici, à titre de curiosité, le traitement qui était préconisé contre la variole, avant l'importation de la vaccine, et qui se pratique encore dans plusieurs points du Tonkin où les tournées de vaccination n'ont pas lieu.

On prend cinq livres de saule; en hiver et au printemps on se sert des branches, en été et en automne on emploie les feuilles. On broie et on fait bouillir le tout dans dix litres d'eau, jusqu'à réduction des deux tiers. On enlève alors le résidu et l'on verse le liquide dans une écuelle en bois. On en fait boire la partie la plus limpide au malade, et on le baigne dans l'autre partie après l'avoir légèrement chauffée. Jusquelà, rien d'anormal. Mais si cette médication, renouvelée au besoin n'a pas amené toute l'amélioration désirée, on a recours à l'étrange remède suivant dont parlent tous les livres de médecine annamite.

C'est une poudre composée des quatre éléments suivants:

- 1° Excréments humains, provenant d'un jeune garçon, sain et robuste;
- 2° Matières fécales, provenant du cochon mâle;
- 3° et 4° Les mêmes produits, venant du chat et du chien.

La veille du neuvième jour, du neuvième mois lunaire, on enferme les animaux en question: cochon, chien et chat. Pendant 10 jours, on ne leur donne d'autre nourriture que du riz. On recueille les excréments des derniers jours, et on les conserve jusqu'au huitième jour du douzième mois lunaire, en ayant soin de tenir les animaux enfermés jusque-là. Au jour dit, avant le lever du soleil, on fait cuire toutes les matières recueillies, et le résidu de la cuisson est mis en bouteille et constitue le médicament qui se donne à la dose de 4 grammes, dans de la mélasse et de l'eau.

Il y a mieux encore, et M. Vialet n'a pas été médiocrement surpris de trouver en pharmacie un remède étiqueté: "taù già," c'est-à-dire croûtes de boutons de variole. On recueille ces croûtes que l'on fait prendre à l'intérieur, en guise de vaccine, en temps d'épidémie, et comme remède curatif, quand la maladie est déclarée. Heureusement pour les Annamites, le vaccin de Jenner aura bientôt complètement rejeté dans l'oubli ces remèdes sauvages ou dangereux. Ils sont aujourd'hui acquis à l'idée de la vaccination, en ayant maintes fois constaté les résultats; et c'est en foule et de très loin qu'ils apportent leurs enfants et viennent tendre eux-mêmes le

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

Travaux Originaux

DE ULCERATIONS VÉSICALES ET EN PARTICU- LIER DE L'ULCÈRE SIMPLE DE LA VESSIE

par M. le Dr RENÉ LE FUR

Membre adjoint de la Société anatomique. Chirurgien à
l'hôpital Péan, à Paris,

(Suite)

Voici les conclusions auxquelles nous nous sommes arrêté dans notre dernier travail.

“ En dehors des ulcérations vésicales symptomatiques d'une lésion primitive de la paroi ou consécutives à une cystite ancienne (calcul, corps étranger, cystite chronique, leucoplasie, tuberculose, néoplasme), et dont la pathogénie d'ailleurs a été parfois mal interprétée, il existe des 'ulcérations simples' essentielles, qu'on peut opposer aux premières.

“ Ces ulcérations, absolument comparables aux ulcérations simples des autres muqueuses et notamment aux ulcérations gastriques, peuvent, comme dans l'estomac, revêtir 'deux types': soit le type chronique de l'ulcère simple, solitaire de la vessie, soit le type aigu de l'ulcération simple aiguë perforante d'emblée.

“ 1° 'L'ulcère simple chronique' (ulcère vésical) apparaît ordinairement dans une vessie non atteinte de cystite antérieurement; il peut être très la-gestation et ressoude les os brisés. Certains mé-tent, se révélant seulement par des douleurs et des hé-maturis; il persiste longtemps à l'état de lésion pure-ment locale (cystites localisées à opposer aux cystites généralisées); ce n'est que longtemps après son ap-parition, dans les dernières périodes de son évolution, qu'il se complique de cystite et de pyélo néphrite.

“ Il est 'souvent confondu avec la tuberculose vésicale,' mais est très facilement curable, contrairement à celle-ci. Le pronostic, bénin au début, peut s'assombrir par l'apparition de 'complications,' telles que la systite diffuse, et surtout la tuberculose et le cancer qui peuvent se greffer sur une ulcération pri-mitivement simple de la vessie.

“ 2° 'L'ulcération simple aiguë' de la vessie re-vêt le plus souvent 'l'aspect gangréneux' et le 'type perforant d'emblée:' évoluant parfois, comme dans

l'estomac, avec une grande rapidité, elle reste souvent latente et méconnue jusqu'au jour où elle manifeste sa présence par une des deux complications sui-vantes: 'hémorragie' ou 'perforation.' La perfo-ration peut très bien ne pas s'accompagner de périto-nite, malgré l'épanchement d'une grande quantité d'urine dans la cavité péritonéale qui entraîne alors seulement des phénomènes d'intoxication.

“ Les ulcérations simples aiguës perforantes ont souvent dû être 'confondues avec des ruptures spon-tanées ou pathologiques de la vessie.'

“ 'Le pronostic' des ulcérations aiguës perfo-rantes est toujours très grave, d'autant plus grave que le diagnostic n'en est pas fait d'ordinaire: ce sont le plus souvent des surprises d'autopsie.

“ Aux deux groupes précédents d'ulcérations simples de la vessie, il convient d'ajouter 'l'ulcération simple trophique:' celle-ci peut d'ailleurs revêtir les caractères de l'ulcère chronique ou de l'ulcération aiguë perforante; elle relève le plus souvent d'une af-fection du système nerveux, soit d'une affection lo-cale (vésicale ou périvésicale) et s'accompagne ordi-nairement de lésions bien déterminées (dégénéres-cence graisseuse) pouvant expliquer un grand nom-bre de ruptures spontanées de la vessie.

“ 'La pathogénie' de ces ulcérations simples de la vessie est très complexe, et sans doute variable comme pour les ulcérations gastriques; il faut savoir être éclectique et tout en admettant les 'lésions vas-culaires' (embolie et thrombose), d'ailleurs très rare-ment constatées, savoir faire une place beaucoup plus grande aux 'lésions trophiques' et surtout aux 'lé-sions infectieuses' de 'nécrose hémorragique' prouvées à la fois par la clinique, l'histologie, l'expé-rimentation.

“ L'expérimentation permet en effet d'obtenir des ulcérations absolument semblables à celles obser-vées en clinique.

“ Sur les 63 expériences que nous avons entre-prises, en nous servant soit de cultures microbiennes (coli-bacille—b. pyocyanique, protens Hauser, b. lac-tique streptocoque, etc.) soit de substances toxiques (sublimé, acide arsénieux, tartre stibié, cantharide, etc.), soit de nous avons obtenu 7 ulcérations aiguës perforantes simples ou gangréneuses, 28 ulcérations simples superficielles, à caractère hémorragique ou

sphacélique avec fausses membranes, 2 érosions hémorragiques, 1 ulcère à bords indurés et épaissis. Enfin presque toujours nous avons constaté des lésions hémorragiques de la muqueuse ou de la paroi vésicale au niveau desquelles souvent le microscope révéla une ulcération qui avait passé inaperçue à l'oeil nu;—parfois il nous a été donné d'observer la cicatrisation de ces ulcération.

“ Ces ulcération qui relèvent ordinairement d'une 'cystite localisée, succèdent toujours à des lésions interstitielles de la paroi vésicale' (infiltration hémorragique ou embryonnaire), occupant ordinairement la muqueuse et la sous-muqueuse, souvent aussi la couche sous-péritonéale.

“ Elles peuvent être dues soit à une 'infection générale' propagée par le système circulatoire, soit à une 'infection locale périvésicale' d'origine 'génitale' ou 'intestinale' s'effectuant ordinairement alors par la voie lymphatique.

“ Le diagnostic' des ulcération vésicales a fait un grand pas depuis l'emploi de la méthode cystoscopique; il ne faudra donc jamais négliger ce moyen d'exploration directe, qui bien souvent révélera une ulcération, alors qu'aucun autre procédé clinique n'aurait permis de la soupçonner. Pour établir la nature de l'ulcération, l'on devra successivement faire appel à l'examen clinique, l'examen histologique et l'examen bactériologique des urines.

“ Le traitement' variera suivant les cas.

“ Deux symptômes commanderont ordinairement l'intervention: la douleur ou l'hémorragie.

“ Dans 'le cas d'ulcère chronique,' après avoir employé les moyens habituels (instillations, lavages), après avoir tenté quelques essais de thérapeutique intravésicale au moyen du cystoscope approprié de Nitze ou de l'endoscope à lumière externe de Clado, il faudra recourir à la taille hypogastrique qui seule permet de se rendre un compte exact des lésions; l'on pratiquera alors suivant les cas soit le curettage, soit la cautérisation, soit la résection large de l'ulcération avec suture de la muqueuse vésicale et suture primitive de la vessie.

“ Dans le cas 'd'ulcération simple aiguë perforante,' l'on devra intervenir dès que le diagnostic sera posé; au début, l'on pourra recourir à la taille hypogastrique, suivie de suture de la perforation et

de drainage de la vessie; plus tard, au moment des accidents péritonéaux, il faudra d'emblée faire la laparotomie, porter immédiatement ses recherches du côté de la face postéro-supérieure ou péritonéale de la vessie, siège habituel des perforations de cette nature, pratiquer la suture de la perforation après résection de ses bords, faire s'il y a lieu la ligature des vaisseaux de la paroi vésicale cuverts par le processus ulcéreux, puis vider la cavité péritonéale de l'urine et du sang qu'elle contient, enfin faire un drainage efficace de l'abdomen et de la vessie.

Revue des journaux

MÉDECINE

Injections salines et retention des chlorures

par MM. ACHARD et LAUBRY

Les effets des solutions salines sont complexes et leur mode d'action est discuté. Parmi ces effets, l'un des principaux que les praticiens en attendent est la diurèse. Or, celle-ci fait dans un grand nombre de cas d'affections aiguës, quand on emploie la solution de chlorure de sodium au taux physiologique.

Chez dix-sept malades atteints d'affections variées (pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, fièvre typhoïde, angine, tuberculose, asystolie, urémie, chorée, anémie hémorragique), l'injection d'un litre de solution de chlorure à 7 ou 10 pour 1000 n'a produit qu'une fois une augmentation importante de la diurèse, chez un sujet déjà polyurique, et dont la polyurie était déjà en voie d'accroissement.

Dans les autres cas, le volume des urines était moyen ou faible; chez un typhique seulement l'injection détermina un accroissement un peu notable (500c.c.), mais à la période de déclin, alors que l'urine tend déjà à remonter; chez les quinze autres sujets, l'augmentation a été faible ou nulle, et même six fois il y a eu diminution.

Le dosage des chlorures explique ces faits. Un seul malade, atteint d'anémie hémorragique, s'est comporté comme un sujet sain, éliminant rapidement le chlorure injecté. Dans les autres cas, l'augmentation des chlorures a été insignifiante après l'injection et huit fois il a eu diminution. C'est que ces malades présentaient une rétention des chlorures et que les chlorures restant dans l'organisme fixent avec eux une notable portion de l'eau introduite en même temps par l'injection.

Cette conclusion ne s'explique qu'aux solutions de chlorures.

M. H. CLAUDE attire l'attention sur la nécessité de tenir compte de l'état du rein pour apprécier les effets de l'ingestion ou de l'injection de solutions chlorurées.

En effet, si, dans les maladies infectieuses aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde, etc.), l'introduction de chlorures dans l'organisme ne modifie en rien l'excrétion des chlorures urinaires avant la crise urinaire—et cela indépendamment de l'état du rein—chez les sujets non fébricitants, l'élimination des chlorures varie dans des proportions considérables suivant l'étendue et la gravité des lésions rénales.

Si, chez les sujets sains, le chlorure ingéré en excès sur peu près équivalente, et entraîne en général une diurèse aqueuse plus élevée dans certains cas de néphrite le chlorure n'est nullement éliminé et ne favorise pas la diurèse aqueuse. Dans d'autres cas, il favorise l'excrétion des substances achorées sans élever la diurèse, etc.

(Gaz. hebd. m^d. chir.)

Diagnostic et traitement électrique des myopathies

par MM. MARIE et SOREL.

Il ressort, des onze observations originales présentées par les auteurs, les conclusions suivantes :

1° Le résultat du traitement électrique des myopathies est toujours négatif, même dans les cas où on l'a prolongé durant plus d'une année. Cette absence d'amélioration fait contraste avec celle que l'on observe dans les amyotrophies névropathiques peu prononcées, avec réactions électriques pourtant semblables à celles des myopathies.

2° Non seulement le traitement électrique ne donne pas de résultat, mais si l'on emploie un mode de courant produisant un travail musculaire énergique on constate une aggravation de l'atrophie et de la parésie.

3° La dystrophie du muscle ne lui permet pas de soutenir cet effort qui serait facilement supporté par un muscle normal.

4° L'absence d'amélioration sous l'influence des divers traitements, l'aggravation même des symptômes par un traitement non approprié, doivent être considérées comme un signe distinctif des myopathies.

(Gaz. hebd. méd. chir.)

Du diabète dans ses rapports avec la cirrhose atrophique.

M. Rispal (Toulouse), ayant observé un cas de diabète alcoolique qui se compliqua de cirrhose atrophique, et, d'autre part, un fait de diabète vrai survenu à la suite d'une cirrhose atrophique alcoolique, a été conduit à étudier les rapports de ces deux maladies.

Deux modalités différentes peuvent se présenter suivant que le diabète précède le développement de la maladie de Laënnec—c'est le cas le plus fréquent, déjà constaté par Glénard ou André—ou que le plus sclérose hépatique est suivie d'un diabète vrai, comme nous l'avons observé. Cette dernière éventualité est nécessairement très rare, car elle exige une guérison prolongée du syndrome cirrhotique qui est exceptionnelle, mais à laquelle nous avons pu assister chez nos deux malades.

L'association ou la succession du diabète et de l'atrophie du foie n'est pas une coïncidence fortuite, malgré l'incertitude qui règne encore sur les relations du diabète et des lésions hépatiques. Cependant, conformément aux idées de M. Gilbert qui a isolé deux variétés de diabète liées à un trouble du fonctionnement hépatique, on peut considérer le premier cas comme un diabète par hyperhépatie aboutissant à l'anhépatie sous l'influence des progrès de la cirrhose, et la deuxième comme un diabète anhépatique d'emblée résultant de cette cirrhose. C'est chez les alcooliques que se réalise cette cirrhose. C'est chez les alcooliques que se réalise cette succession morbide, car, en pareil cas, le diabète et la cirrhose atrophique relèvent l'un et l'autre de l'action de l'alcool sur la glande hépatique.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

CHIRURGIE

Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de jambe

Les méthodes pour guérir l'ulcère variqueux de la jambe sont innombrables. Il n'est pas de pansements, de topiques, de procédés chirurgicaux (grattages, greffes, circonvallation, etc.), qui n'aient été proposés pour le traitement de cette affection rebelle. Ces différents moyens ont comme trait commun de s'adresser à la plaie elle-même qu'on s'efforce de combler et de faire cicatriser sans tenir compte des causes qui l'ont engendrée. Des travaux importants avaient cependant cherché à éclairer la pathogénie de l'ulcère de jambe. Ils avaient abouti à proclamer le rôle joué par la prédisposition constitutionnelle dans la préparation du terrain. Cette prédisposition, créée en première ligne par l'arthritisme amène localement des troubles de la circulation et des troubles trophiques. C'est, d'une part, l'insuffisance valvulaire amenée par les dilatations variqueuses des veines, c'est la dégénérescence athéromateuse des artères ; c'est, d'autre part, la névrite interstitielle péri et intra-fasciculaire, raison ou effet de la dilatation variqueuse des vasa vasorum. " D'artère à veine, de veine à nerf, comme dit Ang. Broca, nous ajouterons de nerf

à peau, il y a échange réciproque de mauvais procédés et le tout concourt à faire des jambes ainsi atteintes un *locus minoris resistentiae*."

Il paraissait donc logique de s'adresser à ces causes diverses qui localement entretiennent et perpétuent l'ulcère de jambe. C'est là l'objet que vise la méthode inaugurée par Moreschi, modifiée par Mariani et P. Reclus, et à laquelle M. le Dr Ch. Durand vient de consacrer son travail inaugural. Ces auteurs ont cherché, en effet, en pratiquant l'incision circonférentielle de tous les tissus de jambes malades jusqu'à l'aponévrose, à modifier les conditions de circulations et d'innervation de tout le segment du membre sous-jacent et par conséquent à exercer une influence directe sur la totalité des lésions. Moreschi fait deux incisions, une première à 4 centimètres au-dessus des limites supérieures de l'ulcère, une seconde à 1 centimètre au-dessus des mollets. Mariani s'est contenté d'une seule incision pratiquée très peu au-dessus de la limite supérieure de l'ulcère. P. Reclus trace son incision à la partie la plus élevée du mollet, au niveau de la jarretière, réalisant aussi l'incision circonférentielle à distance.

Quel que soit le manuel opératoire adopté, les résultats obtenus sont à des degrés divers, identiques. La section de tous les filets nerveux superficiels supprime les douleurs lorsqu'elles existent et met fin aux troubles trophiques engendrés par la névrite. La section de toutes les veines superficielles remédie à l'insuffisance de la saphène en empêchant la colonne sanguine de peser de tout son poids sur les capillaires de la jambe. On transforme ainsi des varices à grande tension en varices à faible tension, c'est-à-dire des varices mal tolérées en varices bien ou mieux tolérées.

Cette opération est plus radicale que la résection de la saphène, car elle s'adresse à tous les troncs veineux. La résection des nerfs saphènes interne et externe ne présente aucun inconvénient, le maintien de la sensibilité étant assuré par les nerfs perforants. Elle présente donc toutes les garanties d'un succès que n'a de raison de compromettre aucune menace de récurrence.

Le résultat obtenu par une seule incision supérieure étant, au point de vue des modifications apportées à la circulation et à l'innervation du membre, identique à celui donné par les deux incisions de Moreschi, nous conseillons de s'en tenir au procédé de Mariani ou de P. Reclus.

Il va sans dire que cette opération peut être combinée avec le grattage de l'ulcère, les greffes dermo-épidermiques, au besoin la résection des troncs veineux volumineux. Chaque cas fournit à cet égard des indications particulières.

Quoi qu'il en soit, l'incision circonférentielle est remarquable par la rapidité avec laquelle elle amène la cicatrisation de l'ulcère. Elle n'est comparable sur ce point à aucune autre des méthodes de traitement par les topiques. Elle aurait aussi, au dire de ses auteurs,

comme supériorité, celle d'être radicale et de ne comporter jamais de récurrence. Mais, pour admettre sans réserves cette opinion, il faut que des faits en plus grand nombre, et suivis plus longuement que ceux consignés dans la thèse inaugurable de M. le Dr Durand et les travaux de l'école chirurgicale italienne, viennent en établir l'autorité indiscutable et permettent de porter un jugement définitif sur une intervention dont on ne peut s'empêcher d'administrer l'ingéniosité et la simplicité.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

De l'opération de Talma.

M. Bunge a fait huit fois, à la clinique de Königsberg, l'opération indiquée simultanément par Talma et Drummond, et dans tous ces cas, il a eu recours à la fixation extrapéritonéale de l'épiploon. Au point de vue des résultats, on a obtenu chez quatre patients la disparition de l'ascite, chez deux une amélioration : deux enfin sont morts des suites de l'intervention. Une statistique portant sur tous les faits publiés jusqu'à ce jour donne 32 guérisons, 15 améliorations et 32 succès.

L'opération en question est indiquée toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un obstacle à la circulation de la veine porte, qu'il s'agisse d'une cirrhose atrophique du foie, de nature alcoolique ou syphilitique, d'une thrombose ou d'une compression de la veine porte. La circulation collatérale qui en résulte paraît à M. Bunge utile non seulement pour la disparition de l'ascite, mais encore comme moyen de combattre les hémorragies.

M. Bunge ne croit pas que l'on ait besoin, pour assurer cette circulation collatérale, de déterminer des adhérences avec l'intestin, comme l'a proposé M. Ito. Par contre, la fixation de la rate pourrait donner des résultats aussi bons, sinon meilleurs, que celle de l'épiploon, par suite de la disposition anatomique de la veine splénique.

Quand aux inconvénients de l'opération, il faut citer avant tout la hernie ventrale, fatale après l'implantation extrapéritonéale de l'épiploon, mais qui serait évitée par la fixation de la rate. On a constaté, en outre, des états convulsifs attribués par M. Nencki à une saturation du sang par l'acide carbaminique ; des expériences sur l'animal ont prouvé que ces troubles ne se produisent que sous l'effet d'un régime carné ; on interdira donc la viande à tous les malades qui pourraient les présenter.

Comme contre-indications, M. Bunge mentionne principalement l'ictère ; l'apparition d'une lévulosurie et la diminution de l'excrétion de l'urée ne lui paraissent pas, par contre, constituer des contre-indications absolues.

M. Franke relate l'observation d'un homme de 58 ans chez lequel la fixation de l'épiploon fut suivies de symptômes de compression du duodénum, qui nécessitèrent une nouvelle intervention ; l'ascite avait disparu. Cette compression du duodénum ne pouvant être exercée que par le colon transverse, dont le contenu ne s'évacuait pas assez facilement, on fit une gastro-entérostomie à laquelle le malade succomba. Chez une jeune fille atteinte de foie cardiaque, l'opération de Talma eut, au contraire, un excellent résultat.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

OBSTETRIQUE

L'expression du fœtus par la paroi abdominale

Par M. KEIM,

(Suite)

MANUEL OPERATOIRE DE L'EXPRESSION DU FŒTUS PAR LA PAROI ABDOMINALE.—L'expression peut être soit directe, quand elle est faite à l'aide des mains, soit indirecte, quand elle est faite sans les mains. Nous étudierons tour à tour chacun de ces deux modes opératoires.

L'expression directe est connue depuis le travail de Kristeller ; elle a subi peu de modifications : la femme étant couchée sur le dos, l'accoucheur se place à son côté à la hauteur du thorax. La vessie et le rectum sont préalablement évacués. Les contractions sont-elles espacées, il faut chercher à les provoquer par des frictions abdominales. Dès le début de la contraction, avant la douleur, on empaume le fond de l'utérus, les mains largement étalées l'une à côté de l'autre ; puis on presse de haut en bas et un peu en arrière, vers la base du sacrum ; en même temps, la femme fait des efforts et pousse d'autant plus volontiers qu'elle sent qu'on l'aide et qu'on lui fait espérer une délivrance rapide. On s'arrête en même temps que la contraction et on reprend avec elle. En moyenne, la durée des manœuvres d'expression est de quinze à vingt minutes ; le plus souvent de dix à douze minutes, quelquefois beaucoup moins.

La réussite de l'expression est, semble-t-il, liée, pour une faible part seulement, à la force déployée. D'ailleurs, la paroi abdominale et le muscle utérin supportent des pressions élevées ; mais Kosminsky a fait remarquer qu'une pression moyenne, qui renforçait simplement la pression abdominale, était plus efficace qu'une pression forte. Une force moyenne est donc suffisante. Peut-être faut-il l'attribuer à ce que l'expression maintient le fœtus dans la position la plus favorable pour empêcher une déperdition de la force employée (Keim). Elle laisse, par exemple, le sommet fléchi, ce que ne fait pas toujours le forceps dans l'extraction.

L'anesthésie chloroformique n'est pas indispensable

pour pratiquer l'expression.

L'expression peut être faite dans presque toutes les positions qui servent aux accouchements ; ainsi dans la position horizontale, la position latérale, la position de la taille ou position hyperfléchie et la position de Crouzat-Walcher ou position hyperétendue.

Cette dernière, qui, d'après Walcher, augmente le diamètre promonto-pubien minimum de 10 à 15 millimètres, ne favorise que fort peu les manœuvres d'expression, car celles-ci agissent, nous l'avons déjà dit, surtout en période d'expulsion. La position de la taille, au contraire, qui élargit le détroit inférieur dans son diamètre utile, qui est le diamètre transverse, paraît, par cela même, d'une importance plus directe.

La position de la taille a encore pour effets d'appliquer intimement la tête du fœtus sur le plancher périméal, et ainsi que le dit Rémy, de solliciter de la sorte les contractions volontaires. Or l'action de l'expression est parallèle à celle de la contraction abdominale, elle réussit le mieux en période d'expulsion. Schmidt a été un des premiers à employer la position de la taille pour faciliter l'expression ; mais ce sont particulièrement MM. Bonnaire et Bué qui ont donné la preuve expérimentale de ce fait. Ces auteurs ont montré que dans la position hyperfléchie, le diamètre bi-ischiatique augmentait de 16 à 18 millimètres, en moyenne.

Nous avons repris ces recherches diverses dans notre thèse et nous avons pu arriver à conclure, qu'on pouvait aller plus loin, et transformer la position de la taille elle-même en mode d'expression.

En cette position, en effet, la face antérieure des cuisses est en rapport intime avec celle de l'abdomen, et de ce fait résulte une véritable auto-expression. Par diverses mensurations, nous avons pu nous assurer que cette auto-expression ne pouvait être utilisée que lorsque la position de la taille elle-même réussissait, c'est à dire seulement en période d'expulsion.

Quoi qu'il en soit, c'est là un moyen nouveau et simple d'expression indirecte. On peut le rapprocher des autres modes d'expression indirecte, fait à l'aide de bandages de corps ou d'un drap dont on serre les extrémités pendant la contraction utérine (Gressner, Hugo Schmidt, Rivière, Kosminski).

ACTION DE L'EXPRESSION DU FŒTUS.—L'expression peut être appliquée soit au début du travail, soit pendant le travail de l'accouchement. Nous l'étudierons à ces deux périodes.

A. Expression comme acte préparatoire du travail.—On a voulu l'appliquer soit pour dilater le col, soit enfin pour engager la tête première.

Malgré l'assertion de Kristeller, la méthode d'expression ne peut servir, sauf de rares exceptions, chez des multipares, à dilater le col (Breisky, Strassmann, Charpentier, Keim). Il en est de même de la rotation des occipito postérieures. La manœuvre de Tarnier donne de meilleurs résultats que l'expression, bien que

J. Meyer est en trois cas favorables.

Quant à l'engagement de la tête première, par expression, appliqué pour la première fois par Hofmeier, il a donné des résultats entre les mains d'Engström, Winter, Zweifel, Olshausen, Veit, Muret, Holowko.

Pour s'assurer que l'expression est possible, en d'autres termes, pour porter un pronostic pour l'accouchement, on a conseillé l'engagement artificiel de la tête pendant la grossesse (Schatz, P. Müller, Brühl). En tous cas, Hofmeier n'opère que dans les bassins modérément rétrécis ; d'autres ont cru pouvoir employer la méthode dans des bassins rétrécis et ont eu des succès. Outre ces succès, il existe des dangers, et en particulier la possibilité de rupture utérine par des tiraillements sur le col et le segment inférieur. Ces diverses raisons engagent donc à n'employer ce procédé qu'avec la prudence la plus grande.

B. *Expression pendant le travail.*—Pendant le travail on peut employer l'expression soit seule, soit associée à d'autres manœuvres ou opérations.

Seule, on peut l'appliquer soit au fœtus en totalité, c'est une expression globale, soit à une partie du fœtus, c'est une expression partielle.

L'expression globale s'adresse au fœtus en présentation du sommet ou surtout en présentation du siège ; c'est l'expression du fœtus proprement dite. Faite méthodiquement, en même temps que la contraction, l'expression, dans un grand nombre de cas, suffit à extraire le fœtus. On ne peut craindre ainsi, pour le fœtus, ni contusion abdominale, ni paralysie, ni surtout le relèvement des bras, qui, presque toujours, est lié aux tractions. Ce n'est là, en effet, qu'une évolution spontanée, aidée.

L'expression partielle comprend surtout l'expression sur la tête dernière. Cette modalité de l'expression du fœtus a été décrite et appliquée bien avant le mémoire de Kristeller. Il ne nous appartient pas de décrire dans ce travail, le mécanisme de sortie de la tête dernière, mécanisme basé sur nos connaissances cliniques et expérimentales. Rappelons seulement cette notion bien établie par Deleurye, Baudelocque, Simpson, Barnes, Goodell, A. Milne, le professeur Budin et M. Champetier de Ribes à savoir : que pour franchir le détroit supérieur, la tête dernière doit nécessairement être fléchie, soit spontanément, soit artificiellement.

C'est, en particulier, par pressions et tractions combinées, que l'extraction de la tête dernière a été faite dans les bassins rétrécis. Mais au point de vue expérimental, de même que cliniquement, il paraît possible d'opérer exclusivement par expression. Wigand, Martin, C. Braun ont pu obtenir par expression la tête restée seule en arrière, après la sortie du tronc. Quelquefois, il est impossible d'acrocher le maxillaire, la tête étant trop élevée, le bassin trop rétréci ou les parties molles trop résistantes ; la manœuvre, dite de Champetier, est dans ces cas impraticable ; l'expression a pu donner des résultats, sans tractions, sans combinaison

d'une flexion artificielle par manœuvres internes (Strassmann, Keim).

Cliniquement, il est donc souvent possible d'extraire la tête dernière dans un bassin rétréci, par l'expression pure.

La tête, poussée par la pression qui renforce la contraction affaiblie, dispose d'elle-même ses diamètres dans les diamètres du bassin qui favorisent au maximum leur sortie. Ces manœuvres sont sans danger ; la possibilité même de l'expression étant le meilleur critérium de la réductibilité de la tête, compatible avec la survie de l'enfant. L'expression dans ces conditions a pu s'appliquer encore à la tête retenue dernière après embryotomie et a pu donner les meilleurs résultats pour terminer l'opération.

Nous venons de passer en revue les modalités de l'expression employée seule, de l'expression pure, pendant le travail. Elle peut également, comme nous l'avons dit, être combinée à cette période à une autre méthode d'extraction, soit manuelle, soit instrumentale ; c'est là ce que nous avons cru pouvoir appeler l'expression de renfort. C'est ainsi que l'expression est l'auxiliaire des tractions manuelles dans les présentations du siège primitives ou après version ; des tractions instrumentales faites à l'aide des crochets ou de lacs, du basiotribe et surtout du forceps.

Unie aux tractions manuelles, l'expression peut être combinée à des tractions sur le maxillaire inférieur et sur la colonne vertébrale, soit au détroit supérieur (manœuvre de Champetier), soit au détroit inférieur (manœuvre de Mauriceau) ; nous n'y insistons pas.

Mais, c'est comme auxiliaire des tractions instrumentales, que l'expression est surtout importante, et en particulier pour les applications de forceps. L'effort qu'aura à déployer le forceps est moins grand en combinant son action et celle de l'expression, et cela pour plusieurs raisons : parce que la tête reste fléchie, qu'elle sort suivant ses petits diamètres et parce qu'enfin l'activité utérine est réveillée, de sorte que le travail est réparti entre trois facteurs : extraction, expression et contractions utérines (Kristeller, Suchard). Czudowski, Fueth, d'autres encore ont réussi à extraire facilement le fœtus en combinant le forceps et l'expression. La méthode mixte force l'utérus à se rétracter, la rotation de la tête à se faire comme elle se fût faite normalement ; il y a donc un mécanisme qui se rapproche du travail physiologique dans toutes ses phases.

(à suivre)

PEDIATRIE

La peritonite à pneumocoques chez l'enfant

par M. Ch. MICHAUT,

Diagnostic.—Nous ne nous occuperons pas du dia-

gnostic par l'examen bactériologique, qui est souvent indispensable pour reconnaître certaines péritonites pneumococciques, mais qui n'offre ici rien de particulier. Seul le diagnostic clinique son envisagé.

I. PÉRITONITES ENKYSTÉES.—A. *Diagnostic positif.*

1° Les *péritonites secondaires* ne sont diagnostiquées que lorsqu'elles sont arrivées à une période avancée de leur évolution. L'existence d'une péritonite passe longtemps inaperçue en raison des manifestations de la maladie primitive qui seule attire l'attention, ensuite sa nature pneumococcique n'est le plus souvent pas soupçonnée en raison de l'évolution insidieuse de la collection péritonéale qu'on diagnostique généralement : ascite tuberculeuse ; cependant la constatation d'une collection enkystée dans la partie inférieure de l'abdomen, à la suite d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie, autorisé à porter d'emblée le diagnostic de péritonite à pneumocoques, et ce diagnostic devient certain lorsqu'on voit apparaître le dépliement de l'ombilic. La difficulté réside plus dans le diagnostic de l'existence même de la péritonite, que dans celui de sa nature pneumococcique.

2° Les *péritonites primitives* manquent d'un des deux éléments précédents : la manifestation pulmonaire. Toutefois le diagnostic peut encore en être fait en se basant sur l'évolution symptomatique ; début brusque par le syndrome : douleur abdominale, vomissements, diarrhée et fièvre. Atténuation au bout d'un certain temps de ces phénomènes alarmants mais avec persistance de la diarrhée, production d'un épanchement enkysté, apparition du dépliement de l'ombilic. La saillie de l'ombilic jointe au mode de début si spécial de l'affection permet un diagnostic certain ; mais entre les phénomènes initiaux qui se calment rapidement et l'apparition du dépliement ombilical qui est tardive, on voit souvent se dérouler des manifestations multiples de l'infection générale, dont l'existence à cette période intermédiaire de la maladie explique les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont été faites. Sur 16 observations qui mentionnent le diagnostic porté, 9 fois le diagnostic exact a été fait avant l'intervention, mais c'est toujours tardivement qu'il l'a été, généralement après trois semaines d'existence de la maladie, lorsqu'on eut constaté une collection nettement enkystée, et surtout la hernie purulente de l'ombilic.

B. *Diagnostic différentiel.*—1° La *péritonite secondaire*, avons-nous vu, est habituellement confondue avec la péritonite tuberculeuse.

2° La *péritonite primitive* expose à des erreurs plus nombreuses. Tout à fait au début, en raison des symptômes abdominaux intenses qui se passent le plus souvent au niveau de la fosse iliaque droite, c'est au diagnostic d'appendicite qu'on s'arrête. Si le malade n'est vu que vers le sixième ou le septième jour, par suite des phénomènes généraux qui surviennent et qui deviennent rapidement prédominants, on songe à une

fièvre typhoïde. A la deuxième période, lorsqu'on voit se développer une collection abdominale, on pense, suivant le diagnostic fait à la première période, soit à une péritonite appendiculaire, soit à une péritonite post-typhoïde. Enfin à la troisième période, en raison du développement progressif et assez insidieux du ventre, et du mauvais état général du sujet, on croit à une péritonite tuberculeuse. Il est même fréquent de voir porter chez le même malade, suivant les différentes phases de la maladie, ces divers diagnostics d'appendicite, de fièvre typhoïde, de péritonite tuberculeuse.

Si nous relevons les erreurs de diagnostic maintenues plus ou moins longtemps, parfois jusqu'à l'opération, nous constatons qu'on a cru 8 fois à la fièvre typhoïde, 5 fois à l'appendicite, 4 fois à la péritonite tuberculeuse ; 1 fois à la hernie étranglée, et 1 fois à l'ostéomyélite ; mais dans ces deux derniers cas l'affection avait présenté une évolution tout à fait anormale.

Ce sont ces différents diagnostics que nous devons esquissier.

1° *Fièvre typhoïde.*—L'erreur est excusable au début, mais au bout d'un certain temps on devra s'étonner de l'existence de phénomènes trop marqués pour une dothiéntérie (vomissements, douleurs) et de l'absence de symptômes qu'on a coutume d'observer dans la fièvre typhoïde (taches rosées, hypertrophie de la rate). Alors un examen attentif permettra de reconnaître qu'il ne s'agit pas de fièvre typhoïde, et fera songer à la forme pseudo-typhoïde de la péritonite pneumococcique.

2° *Appendicite.*—C'est l'affection qui simule le plus longtemps la péritonite à pneumocoques.

Toutefois dans l'appendicite il y a certaines particularités qu'on ne rencontre pas habituellement dans la péritonite pneumococcique et qui sont : les crises douloureuses antérieures dans la fosse iliaque droite, la constipation, la douleur franchement iliaque au point de Mac Burney, la contracture localisée initiale ; l'apparition rapide, vingt-quatre ou trente-six heures après le début d'une tuméfaction iliaque. Lorsque l'appendicite a déterminé la formation d'un foyer suppuré, celui-ci a des caractères spéciaux : a. de siège dans la fosse iliaque droite (sauf en cas d'appendicites pelviennes ou sous-ombilicales ou d'appendicites compliquées de phlegmon de la cavité de Retzius) ; b. de consistance, on a une sensation d'empâtement, de plastron ; c. d'évolution, les faits de migration vers l'ombilic des collections d'origine appendiculaire sont tellement exceptionnels qu'on est en droit de les négliger dans la pratique, tandis qu'au contraire la saillie de l'ombilic constitue un signe de quasi certitude de péritonites à pneumocoques.

3° *Péritonite tuberculeuse.*—On évitera l'erreur de cette affection en se rappelant que la péritonite tuberculeuse n'a pas le début aigu de la péritonite pneumococcique, qu'elle est en général précédée par une phase d'amaigrissement du sujet qui présente des alternatives

de constipation et de diarrhée, qu'elle donne au palper une sensation de gâteaux péritonéaux et à la percussion des zones de matité et de sonorité juxtaposées et séparées par des lignes sinueuses, enfin que, si elle s'ouvre à l'ombilic, la fistule est généralement pyostercorale.

Deux autres affections peuvent encore être confondues avec la péritonite pneumococcique : ce sont la péritonite à streptocoques et le phlegmon sous-péritonéal de la paroi.

4° *Péritonite à streptocoques.*—Habituellement généralisée et secondaire, elle peut être enkystée et primitive (obs. de Lorrain) et ressembler de très près à la forme semblable de la péritonite pneumococcique. Dans quelques cas le diagnostic clinique de la péritonite streptococcique est possible, mais nous devons reconnaître que le plus souvent le diagnostic n'est fait que par l'intervention qui montre les caractères différents du pus, et surtout par l'examen bactériologique de ce pus.

5° *Phlegmons sous-péritonéaux de la paroi.*—C'est à la première période que le diagnostic différentiel présente des difficultés. On donne comme signes en faveur du phlegmon : l'existence de troubles digestifs ou vésicaux ; le siège plus superficiel et plus circonscrit des phénomènes inflammatoires, l'œdème pariétal plus manifeste, le ventre plus plat, les vomissements plus rares, la conservation d'un meilleur état général. A la deuxième période, le diagnostic est plus aisé ; le phlegmon forme un large plastron en relief à la surface du ventre ; ce plastron fait corps avec la paroi et est nettement induré. En outre, il a une forme spéciale aussi bien dans la variété sous-ombilicale de Heurtaux que dans la variété hypogastrique de Retzius. A la troisième période, ces deux variétés de phlegmasie sous-péritonéale aboutissent à l'ombilic, mais elles ne distendent pas la cicatrice, elles forment au niveau de son pourtour, le plus souvent à sa partie inférieure, un point plus saillant qui s'amincit, rougit et se perforé. La fistule est donc para-ombilicale. Après l'évacuation, les deux affections diffèrent encore : dans la péritonite, le ventre devient plat, ses parois sont souples, tandis que, dans le phlegmon, il persiste assez longtemps, autour de la poche vidée, une induration phlegmoneuse. Enfin, un stylet introduit par la fistule prend une direction différente.

II. *PERITONITES GÉNÉRALISÉES.*—Elles sont rarement diagnostiquées : sur onze cas, l'idée fut émise une seule fois qu'il s'agissait peut être d'une péritonite à pneumocoques. Les affections avec lesquelles on les confond sont l'appendicite et la péritonite gonococcique.

1° *L'appendicite* détermine, comme la péritonite pneumococcique, soit une péritonite septique diffuse, soit une péritonite purulente ; l'erreur est donc presque inévitable, les deux affections ayant à peu de chose près le même tableau clinique.

a. La forme septique diffuse de l'appendicite présente les mêmes symptômes fonctionnels : douleur diffu-

se, vomissements, diarrhée ; les mêmes signes physiques : ballonnement modéré du ventre et défense musculaire peu marquée ; même atteinte profonde de l'état général ; même évolution rapidement mortelle.

b. La forme purulente de la péritonite généralisée appendiculaire, s'accompagne de deux signes importants : la rigidité de bois de la paroi et la constipation absolue ; le premier de ces signes se rencontre souvent dans la péritonite pneumococcique généralisée purulente ; le deuxième, seul, reste un signe différentiel, puisque c'est la diarrhée qu'on rencontre dans la péritonite à pneumocoques.

2° La *péritonite gonococcique* présente le même début brusque avec symptômes péritonéaux extrêmement alarmants : douleur abdominale violente, fièvre, vomissements bilieux, diarrhée. " On ne sait, dit Broca, pendant les premiers jours, ni comment cela va tourner ni à quelle variété microbienne on a affaire." Mais dans la péritonite gonococcique, après trois ou quatre jours d'état inquiétant, on voit les accidents s'amender rapidement.

3° Enfin, nous devons indiquer que la péritonite généralisée pneumococcique peut être prise : pour une *péritonite streptococcique*, un *étranglement interne* ou une *péritonite par perforation* autre que la perforation appendiculaire (perforation tuberculeuse ou typhique de l'intestin, rupture de la vésicule biliaire, etc).

Traitement.—I. Le TRAITEMENT MÉDICAL était autrefois le seul mis en œuvre dans les cas de péritonites inoppathiques. Dans certains cas, il paraît suffisant. Nous faisons allusion aux faits de résolution spontanée qui paraissent réellement exister (Tordens, Broca), et à ceux de guérison par évacuation spontanée de la collection péritonéale. Les observations anciennes, relatées dans la thèse de Gaudeson, en attestent la possibilité et même la fréquence. Mais ce mode de guérison est très aléatoire, et à l'attendre on s'expose à voir le malade, après une amélioration passagère succédant à l'ouverture, mourir de caehexie ou de complications.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL.—C'est le traitement de choix.

1° *Péritonites enkystées.*—La ponction et l'incision simple de l'abcès qui proémine, sont des procédés le plus souvent insuffisants. Ils doivent céder le pas à la laparotomie, d'autant plus pue, comme le dit Brun, " c'est une intervention qui, le plus souvent, présente un tel caractère de simplicité qu'elle constitue en quelque sorte une simple ouverture d'abcès."

L'incision médiane sous-ombilicale de la paroi doit être suivie d'un drainage largement assuré. Les lavages sont rarement nécessaires. Ce traitement amène la guérison en l'espace de moins d'un mois.

2° *Péritonites généralisées.*—Le traitement est encore la laparotomie qui est le plus souvent une incision latérale droite en raison du diagnostic d'appendi-

cite porté généralement. Dans ces formes, il est indiqué non seulement de drainer, mais de laver la cavité péritonéale. Mais on ne doit pas se dissimuler que l'intervention, même précoce et large, est le plus souvent impuissante à enrayer la marche de l'affection, qui tue les malades par une véritable intoxication suraiguë.

(Gaz. des hôp.)

Les convulsions chez l'enfant

Par M. le professeur A. D'ESPINE (de Genève)

Nous plaçant sur le terrain de la clinique, nous bornerons à étudier les convulsions infantiles au triple point de vue de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur diagnostic.

Les convulsions infantiles ont été de tout temps divisées en deux groupes : les convulsions *symptomatiques* de lésions manifestes des centres nerveux, telles que la méningo-encéphalite, les hémorragies, les tumeurs, etc., et les convulsions *idiopathiques* (convulsions dynamiques ou essentielles).

Les convulsions, chez l'enfant, présentent, au point de vue symptomatologique, trois variétés : les convulsions externes ou *éclampsie*, les convulsions internes ou *spasme de la glotte*, la contracture essentielle des extrémités ou *tétanie*.

Groupées en un seul faisceau pour les besoins de la clinique, les convulsions de l'enfance se décomposent en une série d'entités morbides disparates qui convergent par des transitions insensibles, d'une part vers la névrose redoutable connue sous le nom d'épilepsie, d'autre part vers des lésions inflammatoires des centres nerveux parenchymateux ou interstitielles.

Toutefois nous nous refusons à admettre d'une façon générale que l'épilepsie soit créée de toutes pièces par une maladie aussi fréquente et aussi banale que l'éclampsie infantile, maladie qui tue souvent, mais qui lorsqu'elle guérit finit par disparaître sans laisser de traces dans la majorité des cas.

Plus étroites semblent être les connexions entre les convulsions et les diverses méningo-encéphalites.

I. *Causes prédisposantes.*—a) *Hérédité.*—La prédisposition native aux convulsions domine toute l'étiologie de l'éclampsie infantile. Les convulsions de la première enfance paraissent être l'apanage de certaines familles, tandis que, chez d'autres, elles sont inconnues.

1° *Prédisposition névropathique.*—Coutts a observé, sur 100 cas de convulsions infantiles, 67 fois une prédisposition névropathique héréditaire ou familiale caractérisée. D'après Dufour, les convulsions infantiles ne se rencontrent pas dans la descendance des hystériques non entachés d'épilepsie. C'est peut-être trop absolu, si nous en jugeons d'après nos observations. Mais c'est l'hérédité convulsive qui est la plus redoutable, soit sous

la forme d'épilepsie, soit sous la forme d'éclampsie infantile ou puerpérale.

2° *Alcoolisme.*—L'alcoolisme chez les parents crée la disposition convulsive chez les enfants à un haut degré. Cette hérédité ressort notamment de la statistique d'Echeverria : 61 pour 100 des enfants d'alcooliques sont morts de convulsions en bas âge ou sont devenus épileptiques.

3° *Syphilis.*—La syphilis des parents, même quand elle ne se transmet pas aux enfants, paraît créer, chez eux, une disposition convulsive.

4° *Saturnisme.*—En Angleterre, les médecins signalent, chez les enfants des potiers du Staffordshire, la fréquence des convulsions. En Allemagne, une constatation analogue est faite.

5° *Cachexies.*—Quant à l'hérédité tuberculeuse, elle a été invoquée. Mais les preuves données jusqu'à aujourd'hui n'excluent pas la coïncidence. Néanmoins, il est très possible et même probable que toutes les cachexies des géniteurs viennent favoriser ou renforcer les influences épileptogènes proprement dites.

b) *Age.*—L'influence de l'âge est aussi importante que la prédisposition familiale.

Le maximum de fréquence ne coïncide pas, comme plusieurs auteurs l'ont soutenu, avec l'époque de la dentition, c'est-à-dire de six mois à deux ans, mais tombe sur *six premiers mois de la vie*. Les convulsions vont ensuite en diminuant de fréquence avec d'autant plus de rapidité qu'on s'éloigne plus de la naissance. *Le chiffre des convulsions infantiles, observés dans les six premiers mois, dépasse d'un bon tiers le total des cas observés de six mois à deux ans.*

II. *Causes déterminantes.*—a) *Dentition.*—C'est à Kassowitz surtout qu'on doit les preuves les plus convaincantes de l'inanité des convulsions dentaires. Nous nous rallions entièrement à sa manière de voir, en faisant valoir les considérations suivantes : 1° la plus grande fréquence des convulsions dans les six premiers mois de la vie que pendant la période de la dentition ; 2° l'existence habituelle d'une cause bien nette autre que la poussée dentaire : auto-intoxication de cause digestive, hyperthermie, maladie infectieuse, albuminurie, etc. ; 3° dans des cas où les convulsions ont coïncidé avec l'éruption dentaire et ont paru céder à la sacrifice des gencives, nous les avons vues parfois reparaitre chez le même enfant, sans cause appréciable, à une époque intercalaire, sans aucune poussée dentaire.

b) *Rachitisme.*—Une seconde légende, c'est celle du rachitisme. Contre la relation de cause à effet entre le rachitisme et les convulsions infantiles s'élèvent les propositions suivantes :

1° La coïncidence des convulsions et du rachitisme est un fait avéré, mais elle varie dans ses proportions suivant les divers observateurs.

2° La proportion des enfants rachitiques atteints

de convulsions est très faible par rapport au nombre total des rachitiques.

3° La coïncidence fréquente des convulsions et du rachitisme s'explique par le fait qu'ils sont des produits de la même cause : l'auto-intoxication gastro-intestinale.

c) *Convulsions des nouveau-nés.*— Il semble qu'elles sont peu fréquentes dans les services d'accouchement, ainsi qu'on peut en juger par le tableau suivant :

		FRE- QUENCE	MOR- TALITÉ
Porak et Durante.....	Maternité.....	0,19	60%
Id.	Débiles.....	2,69	82 "
Maygrier.....	Charité.....	0,13	25 "
Champtier de Ribes..	Hôtel-Dieu....	0,18	62 "
Prof. Jentzer.....	Genève.....	0,33	100 "
Prof. Rapin.....	Lausanne.....	0,24	85 "

La différence de proportion des convulsions entre le service d'accouchement de la Maternité et le pavillon des débiles s'explique d'abord par le fait que les enfants des services d'accouchement qui tombent malades sont transportés au pavillon des débiles et que c'est là que se développent les convulsions ; ensuite, les enfants ne passent que quelques jours au service d'accouchement, tandis qu'aux débiles ils séjournent souvent plusieurs semaines et sont, par conséquent, soumis plus longtemps à l'observation. Enfin, la population du pavillon des débiles est formée principalement de prématurés ou d'enfants malingres à hérité chargé qui est la vraie cause des convulsions (Porak et Durante).

La question de l'influence de l'albuminurie de la mère sur les convulsions chez les nouveau-nés est difficile à résoudre.

Parmi les autres causes d'éclampsie la rétention d'urine est à signaler ; de même, dans l'occlusion intestinale congénitale, on observe souvent des convulsions terminales. Elles ont été signalées aussi dans l'ictère par oblitération congénitale des voies biliaires.

Enfin, on peut se demander si la dystocie, qui ne produit pas de lésions appréciables au moment de la naissance, ne peut pas être, comme dans l'éclampsie traumatique, la cause de convulsions tardives.

En résumé, on ne peut plus dire que les convulsions des nouveau-nés sont toujours symptomatiques d'une hémorragie intracrânienne produite pendant l'accouchement, comme cela a été soutenu.

Le pronostic des convulsions des nouveau nés est très sombre.

d) *Asphyxie.*— Les gaz de combustion des poêles sont une cause plus fréquente qu'on ne le pense de convulsions chez les nourrissons, soit parce que le cerveau infantile est plus facilement intoxiqué que celui de l'adulte par l'oxyde de carbone, soit parce que ces gaz tendant par leur densité à s'accumuler dans les parties basses d'un appartement, les nouveau nés dans leurs berceaux y sont plus exposés.

La cyanose congénitale due à une malformation du cœur a été signalée comme pouvant donner lieu à des convulsions de cause asphyxique ; nous croyons qu'elles sont rares dans cette affection.

Les convulsions, dans la *coqueluche*, sont relativement fréquentes, soit sous la forme de convulsions externes, soit sous celle de spasme de la glotte parfois mortel.

e) *Empoisonnements.*— Les convulsions toxiques, quoique relativement rares, ont une grande importance pratique, car le cerveau infantile est beaucoup plus sensible à l'action de certains poisons que celui de l'adulte.

1° *Alcool.*— L'alcool peut déterminer des convulsions chez les nourrissons, mais aussi chez des grands enfants, quand il est pris à forte dose.

Les observations de convulsions chez les bébés causées par l'alcoolisme de la nourrice sont nombreuses.

Le passage de l'alcool en nature dans le lait de la nourrice, indiqué déjà par Klingemann et Rosemann dans le lait de chèvre, a été mis hors de doute par les analyses chimiques et les expériences sur les animaux faites par Nicloux. Il en résulte, pratiquement, qu'il faut supprimer du régime des nourrices l'alcool, et en particulier la bière, dont on sait une consommation trop grande dans nombre de familles pour augmenter la sécrétion lactée.

2° *Plomb.*— Hahn cite trois cas d'éclampsie chez des enfants, dus à l'application de la pommade d'Hebra (litharge, 10 ; huile d'olive, 40) sur la figure et la tête atteintes d'eczéma. Un seul enfant guérit ; il était âgé de 6 ans. Les deux autres, âgés l'un de 4 mois, l'autre de 9 mois, succombèrent, et l'analyse démontra, à l'autopsie, la présence d'une quantité notable de plomb dans la substance cérébrale.

3° *Opium.*— Les convulsions dans l'empoisonnement par l'opium sont rares chez l'homme adulte, fréquentes, au contraire, chez les enfants ; on observe chez eux principalement du strabisme, des convulsions partielles, du trismus, parfois même un pseudo-tétanos avec opisthotonos. (Boeck).

4° *Santonine.*— Les convulsions sont prédominantes dans l'empoisonnement par la santonine. Les bonbons et les tablettes à la santonine, qui sont employés couramment comme vermifuges, peuvent déjà déterminer des accidents convulsifs à la dose de 0,10, dose qui est souvent dépassée, même chez les jeunes enfants. L'on peut dire, sans crainte de se tromper, que la santonine cause plus de méfaits, dans la pratique infantile, que les ascarides qu'elle est destinée à combattre.

5° *Autres poisons.*— La liste des corps chimiques qui ont déterminé des convulsions chez l'enfant serait longue. Nous rappellerons seulement les fruits de belladone, les champignons, les racines de ciguë, l'acide phénique, l'iodoforme, le bromoforme, l'extrait de fougère mâle, la strychnine, etc.

(A suivre)

Des lésions non bacillaires des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses

par M. RIVIERE (Thèse de Paris)

M. Rivière a eu l'occasion de pratiquer une série d'autopsies de nouveau-nés, issus de mères tuberculeuses, et il a pu dans un certain nombre de cas trouver dans les différents viscères des altérations profondes ne présentant aucun des caractères spécifiques de la maladie de la mère. Les altérations du parenchyme hépatique sont les plus fréquentes, elles sont loin d'être identiques. Cinq fois on a décelé de la congestion, dans un cas le tissu hépatique avait l'apparence d'un foie cardiaque, dans un autre on notait de la dégénérescence cellulaire, l'augmentation du tissu conjonctif, la désorganisation des trabécules hépatiques, une hyperémie très intense avec hémorragies sous-capsulaires et intralobulaires, dans un cas une disposition analogue à celle des cirrhoses bi-vénieuses, dans un autre l'hypertrophie hépatique avec dégénérescence graisseuse ont été les principales lésions. Deux fois il existait des altérations du corps thyroïde, augmentation du tissu conjonctif, pauvreté ou abondance de matière colloïde dans les vésicules thyroïdiennes. Les reins, les capsules surrénales, le thymus ont été lésés plusieurs fois. Ces tares organiques sont dues aux principes toxiques maternels : en effet, l'expérimentation prouve la possibilité du passage des toxines microbiennes au travers du placenta, enfin la variabilité des lésions s'explique facilement. On sait d'une manière générale la diversité des lésions que peuvent déterminer les produits d'un microbe ; on a même extrait des cultures du bacille de Koch des principes sclérosants, hémorragipares, etc. Or, ces sécrétions du bacille de Koch ont pu impressionner les tissus fœtaux. A eux seuls, grâce à la diversité de leurs aptitudes, ces poisons suffisent donc à rendre compte du point de départ des altérations constatées, d'autant qu'on peut leur adjoindre l'action des infections et auto-intoxications secondaires coexistantes.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

laire, exercer la moindre action irritante sur les parois stomacales, même les plus délicates et je n'ai jamais pu constater aucun cas d'intolérance, même idiosyncrasique. Ce qui prouve que la clinique, aussi bien que la chimie, peut faire l'éloge de la pureté des médicaments dosimétriques.

L'*iodoforme* a, sur les iodures, l'avantage incontestable de la tolérance, même dans les cas d'une insuffisance notoire de la perméabilité rénale. Son élimination, plus lente explique la rareté de l'iodisme ; de même que le sulfhydryl est un réservoir d'hydrogène sulfuré l'*iodoforme* est un *véhicule d'iode naissant*, dont le développement régulier, au contact de l'alcalinité des humeurs, ne tarde pas à imprégner tous nos tissus de ses bienfaits effluves.

Dans l'asthme, la bronchite emphysémateuse, les reliquats de pneumonie ou de pleurésie, les congestions pulmonaires de nature arthritique, etc., l'administration de l'*iodoforme* rend à la fonction respiratoire asthénique sa souplesse et son ressort, prévient les ectasies et les hypostases, liquéfie les exsudats, repaires des microbes qui immobilisent et éternisent, insidieusement, l'état chronique. C'est surtout chez les sujets mous, torpides, lymphatiques, que l'on voit l'*iodoforme* exercer son influence élective, que l'ancienne médecine humorale traduisait excellemment par le mot *dépuration* (avons-nous trouvé, pour exprimer les faits, un vocable meilleur ?)

L'*iodoforme* fait sentir son activité aux plus petites doses, à la condition de les continuer et de les prolonger selon la méthode dosimétrique : 12 à 15 milligrammes, du reste, suffisent *pro die*, en présence des cas les plus litigieux. Cela tient à ce que cette ration thérapeutique est entièrement utilisée dans le sang, tandis qu'avec un iodure alcalin, on peut affirmer que les neuf dixièmes de l'iode s'enfuient par les urines, avant d'avoir agi : *l'iode passe à travers l'organisme comme à travers un filtre*, sans avoir eu le temps de dégager l'iode, seule raison d'être de son emploi. C'est pourquoi l'*iodoforme* nous a paru souvent supérieur aux iodures dans les lésions syphilitiques de nature scléro-gommeuse, dans la diathèse strumeuse et arthritique, l'artério-sclérose et les dermatoses herpétiques.

L'action stimulante, résolutive et antiseptique de l'*iodoforme* dans les accidents de rhumatisme et de la goutte chronique, se traduit par une modification radicale de la nutrition. L'iode dégagé dissocie les déchets albuminoïdes et oxyde énergiquement les tissus, lorsqu'il vient en contact avec les humeurs alcalines de l'économie. Ces effets médicamenteux se manifestent même avec des doses très faibles d'*iodoforme* qui, longuement continuées, pénètrent et s'incorporent dans le milieu sanguin, pour être ainsi amenées au contact des cellules vivantes à modifier.

Chez les enfants débiles, lymphatiques et scrofuleux quatre à six granules d'*iodoforme*, administrés pendant un mois, restituent l'appétit et les forces, résolvent les

Thérapeutique et Matière Médicale

L'iodoforme

Administré suivant la méthode dosimétrique, à doses régulièrement fractionnées, l'*iodoforme*, en granules Charles Chanteaud d'un milligramme, représente un médicament eupnéique et cardio-vasculaire de premier ordre, capable de soulager le cœur, de régulariser la circulation, de retarder les scléroses et de résorber les exsudats. Il offre la plupart des avantages inhérents aux iodures, sans leurs inconvénients congestifs si désagréables. Dans ma pratique spéciale du tube digestif, je n'ai jamais vu l'*iodoforme*, sous les espèces granu-

engorgements glandulaires, cicatrisent les gourmes et tarissent les purulences. Pour accroître ce pouvoir de génération trophique, dévolu à l'iodoforme, il est bon d'ajouter, tous les jours, deux granules d'arsenate de soude ou de cacodylate de quinine. L'équilibre des échanges n'en est que mieux rétabli, en même temps, que se régularisent les phénomènes de l'assimilation plus ou moins troublée par la prédominance lymphatique. L'adjonction de l'arsenic à l'iode, dans la médication, a également l'avantage d'assurer la conservation de l'embonpoint et de favoriser l'hématose respiratoire, c'est-à-dire le conflit permanent de l'oxygène et des globules, conflit d'où dérive l'harmonie de la santé.

Lorsqu'on analyse, minutieusement, l'action intime de l'iodoforme, on constate qu'elle s'exerce à la faveur de la vaso-dilatation. Cette explication n'est pas nouvelle, puisqu'elle date de Jahn, qui dit textuellement : *turgorem vasorum inhibet ioda*. Qui dit vaso dilatation, dit régularité de la pression sanguine, c'est-à-dire équilibre dans les apports et dans les sécrétions, restauration harmonique des éléments anatomiques irrigués. Mais l'iodoforme exerce, de plus, une action antiseptique, rendue indubitable par l'expérimentation chirurgicale. Dans notre milieu intérieur, les granules décomposés favorisent l'élimination des toxines et la genèse des leucocytaires, déchets uratiques, etc. L'iodoforme ne produit jamais, sur les poumons, même aux plus hautes doses, l'action hyperémiant et hémoptoïque des iodures et même des iodotanniques : c'est pourquoi une place lui a toujours été conservée, dans la cure de la tuberculose chez les scrofuleux, où il se conduit comme un médicament de premier ordre. L'iodoforme s'attaque à la néoplasie tuberculose, désencombre les alvéoles de leurs proliférations cellulaires et exerce sur le bacille de Koch une action antiseptique incontestée. Avec le tannin et l'hellénine, l'iodoforme est peut être le meilleur médicament antiphtisique : je veux dire le moins nuisible aux tuberculeux.

Dans les affections du cœur, "l'iodoforme" rend surtout service aux aortiques et aux cardiopathes artériels. Il diminue l'effort utile du myocarde, en ouvrant les vaisseaux de la périphérie ; il favorise la nutrition musculaire du cœur en luttant contre l'artériosclérose des coronaires et contre la stéatose des fibres. Chez les artério scléreux, goutteux, angoreux, de même que dans l'anévrisme de l'aorte et dans la néphrite interstitielle, je serais injuste de ne point signaler les services rendus par les granules "d'iodoforme" : dix à quinze milligrammes par jour, trois semaines de suite, avec repos) d'une semaine tous les mois, fournissent les meilleurs résultats. Cette médication, en quelque sorte pathogénétique, n'empêche, d'ailleurs, aucunement, de faire parallèlement la thérapeutique des symptômes, en faisant intervenir l'action des déplétifs et des dérivatifs, des tomi-cardiniques et de la diète lactée. L'iodoforme est simplement destiné à remplacer les iodures

alcalins si fréquemment mal tolérés par les voies digestives et suspects d'occasionner des accidents congestifs d'iodisme, du côté de la muqueuse respiratoire.

Les arythmies cardiaques des nerveux et des vieillards s'accompagnent d'une dyspnée spéciale, jadis désignée sous le nom d'*asthme cardiaque*. L'iodoforme, en relevant l'énergie contractile du myocarde et en dilatant les gros vaisseaux artériels, produit les effets bienfaisants et eupnéiques d'une saignée, sans les périls de la spoliation sanguine. C'est donc un excellent médicament. J'ai eu aussi à m'en louer, maintes fois, dans le diabète hépatique ancien, pour réfréner les tendances cirrhotiques du foie. Les iodure alcalins, par la transsudation intense qu'ils exercent sur le sérum sont, au contraire, fort mal tolérés des glycosuriques, même lorsque leur emploi est dicté (ce qui n'est point rare) par des antécédents syphilitiques avérés.

A propos de la syphilis, constatons que les accidents tardifs ou tertiaires de la peau et des muqueuses sont fort bien combattus par les granules d'iodoforme. Lorsqu'il s'agit de graves lésions des centres nerveux, il est évident que le traitement spécifique doit consister dans les frictions hydragyriques, ou mieux dans les injections sous-cutanées, si perfectionnées par les récents travaux de nos spécialistes. Mais l'iodoforme à l'intérieur reste très utile, pour corroborer l'action résolutive du mercure, et pour empêcher l'enpoisonnement métallique, qui est loin d'être un accident négligeable. Que de fois le tertiariisme ne se mélange t il point d'hydrargyrisme ? Le médecin croit avoir affaire à deux maux antagonistes et il se trouve, au contraire, que les deux états se surajoutent, s'imbriquent et se combinent, dans leurs symptômes et leurs lésions. C'est pourquoi il fera bien, dans sa pratique, de songer à l'iodoforme, non seulement pour éliminer les virulences et stimuler la vitalité cellulaire (action anti diathésique), mais aussi pour faire la chasse au mercure métal, hostile aux hématies, et toxiques pour les éléments nobles du cerveau et de la moelle épinière.

(La Dosimétrie)

Des résultats thérapeutiques obtenus par la ponction lombaire dans différentes affections

par M. PELLAGOT

M. Pellagot étudie la technique et le mode d'action de la ponction lombaire, présente une série d'observations et expose les résultats obtenus : associée aux bains tièdes, la ponction lombaire a beaucoup amélioré le pronostic immédiat et lointain de la méningite cérébro-spinale et des méningites dites séreuses avec hypertension des liquides. Dans la méningite tuberculeuse, le résultat est souvent nul et en tout cas ne saurait être que palliatif. Dans certains traumatismes du crâne et dans quelques affections douloureuses, la ponction lombaire a

donné des résultats inespérés. Mais dans ce dernier groupe de même que dans les hydrocéphalies la valeur de ce moyen thérapeutique doit être encore étudiée, les faits ne sont pas assez nombreux ni probants pour entraîner la conviction. L'auteur estime enfin qu'en dehors de toute notion étiologique, la constatation d'une hypertension du liquide autorise à pratiquer la ponction lombaire dans un curatif, diagnostique, ou palliatif.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Le colibacille dans les infections humaines

par A.-J. LARTIGAU

D'une revue d'ensemble, accompagnée d'une bibliographie étendue, et basée sur quelques observations personnelles, l'auteur conclut que le colibacille est extrêmement répandu dans le corps humain à l'état physiologique et qu'il peut, même à l'état normal, être porté pendant la vie l'intestin à des viscères sans, notamment le foie et les reins; il est possible que, de cette façon, les bactéries atteignent la circulation générale. L'auteur a vérifié l'invasion agonique post mortem du colibacille. Il pense que son rôle comme agent primitif d'une infection est peu fréquent. Il envahit secondairement les tissus antérieurement envahis par des microbes, ou lésés par d'autres causes. Il semble que son rôle dans les lésions inflammatoires aiguës de l'intestin, dans l'appendicite, la péritonite, dans les infections urinaires, ait été en général exagéré. D'autres organismes jouent le principal rôle, il n'est qu'un facteur accessoire. En revanche l'auteur, d'après des constatations personnelles confirmatives des recherches antérieures, croit au rôle important du colibacille dans la production de la cholé lithiase.

(Journ. of the American Medical Association.)

Coq-a-l'ane médicaux

De la présence de traces d'albumine et de quelques cylindres dans l'urine d'hommes passés la cinquantaine.— Osler dit (N. Y. Méd. J.) que tant que la quantité d'albumine est modérée et que la gravité spécifique de l'urine est relativement élevée, il n'y a pas lieu de porter un pronostic très fâcheux. Avec une bonne hygiène générale et de l'estomac, un homme peut ainsi atteindre à un âge avancé. Il appuie sur les symptômes suivants comme indiquant un cas grave: Une gravité spécifique continuellement basse: une sclérose prononcée des artères périphériques, avec déplacement de la pointe du cœur et la présence d'un bruit aortique résonnant au second temps; l'existence d'une albuminurie. Il suggère de prendre plus de précautions

pour distinguer le rein de l'artério-sclérose du vrai rein granuleux, contracté. Dans le premier, les altérations sont secondaires, l'albuminurie est transitoire, et la gravité spécifique pas très basse; dans l'autre, l'albuminurie est plus persistante et plus abondante, la gravité relativement basse, la céphalalgie tenace et prononcée, les manifestations urémiques diverses plus fréquentes et les altérations de la rétine plus souvent notées. (St. Paul's Méd. J.)

Le traitement chirurgical de la néphrite chronique.—

Ce traitement a été suggéré par le professeur Edebohls en 1899; sa première opération fut pratiquée en novembre 1892 et fut une néphropexie chez un brightique; le résultat fut la disparition de l'albuminurie et de la cylindrurie. Actuellement Edebohls pratique, de propos délibéré, la décortication totale ou partielle d'un ou des deux reins. D'après son expérience—et il s'agit d'un trentaine de cas environ ainsi opérés— une maladie de Bright chronique serait justifiable d'une opération—la décapsulation ou la décortication—avec chance de guérison radicale, après un certain temps. (N. Y. Méd. Rec. dec. 1901). Primrose (Canad. J. Med. & Surg.) vient de rapporter un succès chez un enfant de dix ans, atteint d'anasarque et d'ascite depuis six mois, avec albuminurie et cylindrurie. Une incision fut faite dans la capsule sur une longueur de un pouce et demi et la substance propre entamée à une profondeur d'un quart de pouce. Il draina avec un tube et de la gaze iodoformée. Un mois après, le second rein fut traité par la décortication complète. Deux mois après, l'enfant était en bonne voie de guérison.

On sait que Harrisson avait déjà suggéré la ponction dans les néphrites aiguës; mais l'intervention de propos délibéré pour la guérison de la néphrite chronique appartient à Edebohls, de New-York, et promet d'être le traitement de l'avenir dans cette maladie.

Le traitement chirurgical de l'ascite liée à la cirrhose

du foie.— Le docteur M. L. Harris, de Chicago (J. Am. Med. Asso.) termine ainsi un intéressant travail: Malgré que l'augmentation de la tension dans le système porte soit un facteur important dans la production de l'ascite, ce n'est cependant pas le seul. 2.— L'opération de Talma (qui consiste à fixer l'épiploon à la paroi abdominale) est tout à fait simple et dépourvue de danger. 3.— L'opération sera faite le plus à bonne heure possible, dans la période préascitique, pour empêcher les altérations du péritoine, qui jouent un rôle important dans la persistance de l'ascite. 5.— Dans quelques cas, l'ascite a été améliorée, mais cela n'a pas été la règle, et l'on ne constate pas que l'opération ait modifié la marche de la maladie.

L'erysipèle.— Hare, Robinson et d'autres regardent l'ichtyol comme un spécifique, qui guérit dans l'espace de quelques jours. Dans les cas légers, une pommade

lanolinée, à 20 à 33°/°, appliquée toutes les heures, suffit. Dans les cas graves, on applique l'ichtyol en nature et pardessus, des compresses imbibées d'une solution de 10 à 20°/°, renouvelées toutes les demi-heures ou toutes les heures. La solution est ainsi faite ; Ichtyol, 1 à 2 onces ; glycérine, 1 once ; eau, jusqu'à 10 onces. (*Merck's Archiv.*)

L'hydrocèle. — Coley, de New York, considère que l'acide carbolique est le meilleur agent. Il injecte, après évacuation du liquide, 2 1/2 grains dissous dans la plus petite quantité de glycérine. Les hydrocèles de l'enfant guérissent par des badigeonnages avec parties égales de teinture d'iode et de teinture de belladone. (*Merck's Archives.*)

NIRE.

BIBLIOGRAPHIE

Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule : 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris)

Ces "Conférences de médecine clinique" comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moëlle. — X, Moëlle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX, et XX, Reins, Urétères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée termine l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui conçoit mal à la simple lecture ; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

FORMULAIRE

CONTRE LE PSORIASIS LINGUAL.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 05
Beaume de Pérou.....	} aa 1 gr.
Acide borique.....	
Vaseline.....	40 gr.

En onctions 2 fois par jour.

(Journ. de méd. de Paris.)

POTION TONIQUE

(Duchesne.)

Huile étherée de fougère mâle....	4 gr.
Calomel.....	0 gr. 40
Eau.....	15 gr.
Sucre en poudre.....	15 gr.
Gélatine.....	Q. s.

A donner après un jour de régime lacté à un enfant de cinq ans.

(J. de méd. de Paris.)

DESINFECTIION DES SELLES DANS LES MALADIES CONTAGIEUSES

On emploie le mélange antiseptique suivant :

Sulfate de zinc.....	100 grammes.
Acide sulfurique.....	5 à 10 —
Essence de mirbane.....	0 gr. 02
Bleu d'indigo.....	0 — 15

L'indigo n'est là que comme indice distinctif, pour éviter des méprises.

5 grammes de mélange, placés dans le vase avant l'emploi, empêchent la mauvaise odeur des selles et de l'urine.

Il est plus important encore de désinfecter l'eau qui sert à l'alimentation des personnes non malades de la maison, ce qui se fait à l'aide de l'Ygëia, produit organique anti microbien et non toxique.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

CONTRE LES VOMISSEMENTS CONSECUTIFS A L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

(M. Th.-L. Rhoads.)

Oxalate de cérium.....	0 gr. 12
Sulfate de cédoine.....	0 gr. 012
Calomel.....	0 gr. 006

Mélangez. Pour un paquet. Faites six paquets semblables.—A prendre : quatre ou cinq paquets séparés par une demi-heure d'intervalle.

Supplément Littéraire

Comment on devient médecin dans l'empire Allemand

par L. HUGONNENG

Les mêmes questions se posent aujourd'hui dans tous les pays civilisés, presque à la même heure et dans des termes souvent identiques: la réforme des études médicales n'échappe pas à la loi commune. Il a paru intéressant de résumer ici l'économie du statut organique qui, depuis le 28 mai 1901, régit les études médicales dans l'empire allemand.

La question des études secondaires dans leur rapport avec l'enseignement médical a été résolue en Allemagne à peu près comme elle va l'être en France: le certificat de maturité ouvrant l'accès des Facultés de médecine peut être délivré par un gymnase humanitaire (cycle classique complet: grec et latin) ou conquis à la sortie d'un "Realgymnasium" dont le programme ne comporte que des mathématiques et des langues vivantes avec, en surcroît, très peu de latin. Ce n'est pas sans résistance que cette première réforme a été acquise: l'unanimité des Facultés de médecine, le corps médical presque tout entier avaient protesté par avance et à plusieurs reprises, la "Berliner klinische Wochenschrift" a énergiquement traduit cette opposition.

Quoiqu'il en soit, la réforme est un fait accompli et, actuellement, les titulaires de ce qu'on pourrait appeler le baccalauréat classique, aussi bien que les détenteurs du diplôme réal peuvent se faire inscrire à la Faculté de médecine.

Le programme des études médicales embrasse trois degrés distincts: le cycle médical préliminaire le cycle médical proprement dit et, enfin, une année pratique.

Le stade médical préliminaire comprend: l'anatomie, l'histologie, la physiologie, la chimie et la physique avec un peu d'histoire naturelle, ces divers enseignements étant consacrés par un examen d'ensemble, "l'aerztliche Vorprüfung." Ces études ne peuvent durer moins de cinq semestres, deux ans et demi. Conformément à l'esprit de l'organisation universitaire allemande, une certaine latitude est laissée aux élèves dans le choix des cours qu'ils veulent suivre en les payant; mais ils ne peuvent aborder l'examen sans avoir disséqué pendant deux semestres, sans avoir fait pendant un semestre des préparations histologiques, sans avoir pris part régulièrement à des travaux pratiques de physiologie et de chimie.

L'examen placé à la fin du cinquième semestre dure quatre jours.

Les deux premiers sont consacrés à l'anatomie et comportent 1° une explication sur le cadavre de la forme et des rapports d'un organe ou d'une région; 2° une dissection suivie de questions portant sur l'anatomie descriptive; 3° la préparation et la lecture de deux coupes histologiques, avec un examen oral d'histologie et d'embryologie. Le troisième jour est consacré à la physiologie générale et spéciale, ainsi qu'à la chimie physiologique.

Enfin, le quatrième jour est réservé à la chimie et à la physique: les questions sont dirigées surtout vers les applications médicales de ces sciences. Quant au programme d'histoire naturelle, il se borne, d'après le texte même du règlement, à des questions sommaires d'anatomie et de physiologie comparées.

Dans le calcul des résultats de l'examen interviennent des coefficients: l'anatomie descriptive et l'histologie sont affectées du coefficient 5; la physiologie avec la chimie physiologique du coefficient 4; la note de physique et chimie est multipliée par 2; l'histoire naturelle ne subit aucune majoration.

Quand un candidat a obtenu la "censure" "médiocre" ou "mal," l'examineur compétent, d'accord avec le président du jury, fixe la durée de l'ajournement: cette durée ne peut être inférieure à deux mois ni excéder un an. Après trois échecs, on est définitivement éliminé et, suivant l'expression d'un commentateur du règlement, Zunz, auquel nous empruntons la plupart des éléments de cet article, "tout espoir est interdit à jamais de devenir médecin."

L'étudiant qui, après cinq semestres, a franchi "l'aerztliche Vorprüfung" aborde alors le cycle médical proprement dit, lequel ne peut être clôturé qu'après un minimum de cinq nouveaux semestres, sans parler d'une dernière année pratique sur laquelle nous reviendrons.

Au cours du stade proprement médical des études, les élèves doivent consacrer deux semestres à chacune des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale avoir pratiqué quatre accouchements sous les yeux du professeur, avoir suivi, en outre, comme "praktikanten," pendant un semestre, chacune des cliniques spéciales: ophtalmologie, dermatologie et syphiligraphie, otologie, pédiatrie, psychiatrie. Il est bien entendu que pour remplir les conditions imposées par le règlement, il faut que les élèves s'inscrivent simultanément à plusieurs cliniques: c'est une question d'horaire bien distribué. Les Allemands attachent, en outre, une importance toute particulière à la vaccination; les élèves doivent fournir un certificat constatant qu'ils ont suivi le cours spécial de vaccination et qu'ils sont en état de recueillir et de

conserver la lymphé vaccinale. Enfin, quelques cours viennent compléter ce programme: anatomie topographique, médecine légale et pharmacologie.

L'étudiant qui a rempli toutes les conditions énumérées ci-dessus et qui compte au total dix semestres de scolarité au minimum, peut alors absorber une série d'épreuves qui constituent "l'aerztliche Prüfung."

Les sessions d'examens sont restreintes à deux et rigoureusement fixées au 15 mars et au 15 octobre. Les épreuves ne sont pas publiques; les étudiants en médecine ne peuvent assister qu'à un petit nombre; aux examens cliniques sont admis seulement les "praktikanten" et "auskultanten" attachés à la clinique intéressée. Seuls, les professeurs d'une Faculté de médecine quelconque de l'empire ont le droit d'assister à toutes les épreuves et dans toutes les Facultés sans exception. C'est une prérogative très flatteuse; mais j'imagine que nos collègues allemands ne doivent en user qu'avec modération.

Le programme de "l'aerztliche Prüfung" est touffu et compliqué, comme toute organisation perfectionnée et sérieuse. Il ne comprend pas moins de sept épreuves:

- 1° Anatomie pathologique et pathologie générale (coefficient 2);
- 2° Médecine (coefficient 6);
- 3° Chirurgie (coefficient 6);
- 4° Obstétrique et gynécologie (coefficient 4);
- 5° Ophthalmologie (coefficient 1);
- 6° Psychiatrie (coefficient 1);
- 7° Hygiène (coefficient 2).

A chacun de ces examens, les professeurs doivent s'assurer que le candidat n'a pas oublié les connaissances anatomo-physiologiques afférentes à la question de pathologie qui lui est posée; les réponses du candidat sont consignées au procès-verbal.

La première épreuve (anatomie pathologique et pathologie générale) dure deux jours et comporte: une autopsie, la lecture d'une préparation d'histologie pathologique, des réponses verbales à une série de questions.

Les Allemands n'ont pas cru devoir fixer la durée de ce qui est chez nous, le cinquième examen de doctorat, à 25 ou 30 minutes; ils ont notablement renforcé cette épreuve qui se prolonge pendant sept jours consécutifs. L'étudiant examine à fond deux malades et en prend par écrit les observations; puis, toujours en présence des professeurs, revient pendant quatre jours à l'hôpital, examine à nouveau les malades qui lui ont été confiés et, rentré chez lui, rédige une relation critique des deux cas, avec indications du diagnostic et du traitement. Entre temps, il ex-

amine aussi d'autres malades empruntés à des cliniques spéciales. Enfin, il est tenu de rédiger un certain nombre d'ordonnances et de répondre à des questions de pharmacologie et de toxicologie.

L'examen de chirurgie dure également sept jours; il est calqué, pour les épreuves cliniques, sur l'examen de médecine interne et se complète par des épreuves pratiques d'anatomie topographique, de petite chirurgie et de médecine opératoire.

Cinq jours sont consacrés à la gynécologie et à l'obstétrique: examen d'une femme, observations et relation critique du cas; version et manoeuvre du forceps sur le mannequin. Examen oral et pratique de gynécologie.

Enfin, trois jours sont réservés à l'ophtalmologie, deux à l'hygiène, un à la psychiatrie et ici encore apparaissent, pour chacune de ces branches, des observations écrites, des mémoires, ainsi que le manie-

ment de certains appareils.

L'étudiant qui a subi victorieusement ces assauts répétés n'a encore pas le droit d'exercer; il lui faut solliciter "l'approbation médicale" qu'on n'obtient qu'après avoir été attaché pendant un an, comme "praktikant," à des cliniques universitaires ou à un des services hospitaliers choisis sur la liste des établissements désignés par l'Etat. Le candidat doit travailler un an sous la direction de ses divers chefs de service, un quadrimestre au moins étant consacré à la médecine interne. Cette année est une année de perfectionnement pendant laquelle le futur médecin n'est troublé dans ses études ni par la préparation d'un examen ni par aucune préoccupation étrangère à l'exercice pratique de sa profession. Là réside, ce me semble, le caractère original, en même temps que la force et la valeur du système, c'est une organisation qui rappelle un peu le stage au Val-de-Grâce de nos élèves militaires.

L'année pratique n'est pas sanctionnée par un examen universitaire; le gouvernement s'enquiert de la façon dont le candidat a fait son stage et délivre ou refuse, en conséquence, "l'approbation médicale." Si le résultat de l'enquête est favorable, le stagiaire peut exercer de plein droit; sinon, on lui impose une prolongation du stage professionnel. Toutefois, l'étudiant muni de l'approbation peut, s'il le désire, couronner ses études en présentant devant une des Facultés de l'empire une thèse qui, si elle est acceptée, lui confère le titre de Docteur; mais ce titre, très envié d'ailleurs, n'est pas nécessaire pour exercer.

(A suivre)

Travaux Originaux

LA FUMÉE DE TABAC EN BACTERIOLOGIE.

par M. le Dr G. DESPREZ

de l'université de Paris.

D'abord qu'est-ce que le tabac ? C'est une plante inconnue des anciens, Grecs et Arabes, qui fut envoyée en France vers 1760, par l'ambassadeur de France à Lisbonne, Messire Jean Nicot.

Importée de Cuba par Christophe Colomb, d'après les uns, de l'île Ta bago ou Tabacco, disent les autres, cette plante paraît être originaire de la Floride. Acclimatée d'abord en Portugal et en Espagne, c'est de Lisbonne que Nicot en envoya une certaine quantité en poudre, à la reine Catherine de Médicis. Ce fût le duc de Guise qui l'appela *nicotiane* par reconnaissance pour Nicot.

En 1795, Raleigh introduisait la plante dans l'Ecosse et l'Irlande et en fit une source de grands bénéfices.

En France et en Angleterre, la plante causa un véritable enthousiasme, mais cette grandeur du tabac fit place à la décadence dans presque tous les pays.

Jacques Ier ne dédaigna pas de publier un écrit intitulé " Misocapnie " ou haine à la fumée.

Le pape Urbain VIII, excommunia plusieurs prêtres qui prisaient en officiant.

Le Shah Obbas. faisait couper le nez et la lèvre supérieure du fumeur pris en flagrant délit.

Henri VIII faisait donner le fouet à ceux qui font usage du tabac.

Mahomet IV faisait mettre à mort les fumeurs après leur avoir percé le nez avec une pipe.

A la mort d'Elisabeth, Jacques Ier fit trancher la tête de Raleigh pour avoir mis le tabac à la mode.

En France, Louis XIII défend de vendre cette drogue à tout autre qu'aux apothicaires sous peine d'une amende de 80 livres parisis.

Plus tard, au XVIII^e siècle, on reconnaît que le tabac possède certaines propriétés thérapeutiques, on l'emploie en lavements dans les cas d'apoplexie, de léthargie, etc. La fumée de tabac reçue dans le vagin dissipe la passion hystérique.

Aujourd'hui on reconnaît beaucoup moins de qualités médicinales à la Solanée de Jean Nicot.

On la prescrit encore en lavements contre les ascariides. L'agriculture en fait quelquefois usage comme insecticide et parasiticide.

Raspail admettait que la fumée de tabac était un préservatif des maladies épidémiques. Miller a trouvé qu'en faisant passer la fumée du premier tiers ou du dernier quart d'un cigare léger, dans dix centimètres cubes d'une solution infectée, celle-ci devenait complètement stérile (1).

Le Dr Dunan dans sa thèse inaugurale (Montpellier 1901) contrôla sérieusement par des expériences de laboratoire, l'action de la fumée de tabac sur quelques microbes de la bouche.

Il commença par préparer de nombreux milieux de cultures, chargés aseptiquement des principes de la fumée de tabac provenant d'origines différentes. Puis, il ensemença, en partant d'une même colonie mère, ces milieux spéciaux, ainsi que les mêmes milieux non traités par la fumée ; il étudia très soigneusement et comparativement les différences de développement des cultures ainsi obtenues.

Voici les principaux résultats auquel il est arrivé :

La fumée est sans action sur le développement des *bacilles du tétanos* et de la *fièvre typhoïde*, du *streptocoque*, du *microbe tétragène*, du *leptothrix buccalis*. Elle paraît modifier très sérieusement l'évolution du *pneumocoque* et des *bacilles de la diphtérie* de la *tuberculose*, de l'*influenza*, du *staphylocoque* et des *spores de muguet*, au point de l'enrayer quelquefois complètement. Ce n'est pas toujours en raison de la quantité qui est employée que la fumée du tabac peut retarder ou arrêter le développement microbien.

L'action de la fumée devient nulle quand elle se manifeste sur des colonies microbiennes, alors même qu'il s'agit des colonies d'une bactérie dont elle arrête le développement dans les conditions ordinaires.

Elle serait donc plutôt un agent *préventif* que *curatif*.

De plus, les produits de la combustion du tabac semblent se comporter de la même façon lorsqu'ils agissent sur des microbes associés ou sur ces mêmes microbes isolés.

Laissant de côté tout à fait la question physiologique du tabac, le Dr Dunan, tire comme conclusion pratique : qu'il n'est peut-être pas inutile aux médecins et aux personnes qui approchent des grippés, diphtériques, pneumoniques et tubercu-

(1) Miller, *Independent Pract.*, juin 1896 et *Die Mikroorg der Mundhöhle*.

leux, par exemple, d'avoir, avant et après la visite la bouche imprégnée des produits de combustion du tabac.

Je sais bien que pour ma part je me ferai un plaisir de suivre ses instructions et je connais nombre de médecins qui feront comme moi. *Utile dulci.*

Revue des journaux

MEDECINE

Circoncision et tuberculose

par M. HADGES BEY

La circoncision, chez les Israélites ou les Musulmans, donne souvent lieu à des accidents graves ; ces accidents sont occasionnés, soit par l'inobservance totale de l'antisepsie, soit par inoculation de la plaie opératoire par un virus spécifique, tels que ceux de la tuberculose, de la syphilis, etc.

Il y a quelques années, le Consistoire central Israélite de Paris s'émut, à la suite de divers cas de syphilis ou de tuberculose, et chargea les Drs Duplay, Klein, Leven, Périer, Marc Sée, Worms, d'étudier la question.

Non seulement la succion fut défendue ; mais encore il y eut des péritomistes attirés, au courant de l'antisepsie.

Lehman, Lindeman, Eve, Dubreuilh, Auché, Bernheim ont publié 17 cas de tuberculose, dans lesquels l'inoculation a été causée par la circoncision.

En Orient, le manque de contrôle, les préjugés religieux, empêchent une réglementation quelconque.

J'ai observé, dans l'espace de 7 ans, 3 cas de tuberculose testiculaire, suite de la circoncision ; en voici les observations résumées :

1^{er} cas : Enfant israélite, âgé de 4 mois, circoncis à 8 jours.

Antécédents héréditaires nuls ; élevé au sein maternel.

Sa plaie opératoire mit longtemps à se cicatriser partiellement : lorsque je fus appelé à examiner ce petit malade, il existait, tout autour de la couronne du gland, un liséré fongueux, purulent. Le testicule gauche était très douloureux, augmenté de volume. Le pus du liséré examiné, soit par coloration sur lamelles, soit par cultures, montra de nombreux bacilles de Koch. Une semaine après mon premier examen, il se développa un abcès de l'épididyme, qui fut incisé avec toutes les précautions aseptiques. Le pus recueilli dans un tube de verre (absolument stérile) fut enséncé ; résultat positif.

Quelque temps après, cet enfant mourait d'une méningite tuberculeuse.

2^{me} cas : Enfant israélite, âgé de 2 ans. Antécédents héréditaires nuls ; élevé au sein maternel. Circoncis à 8 jours, plaie opératoire cicatrisée en quelques jours.

Vers l'âge de 12 mois, les deux testicules augmentèrent de volume. On soumit le petit malade à un traitement ioduré pendant un certain temps, sans aucun résultat. Lorsque je l'examinai, vers l'âge de 17 mois, les testicules étaient doubles de leur volume normal, très douloureux, indurés. Au niveau du gauche, point fluctuant qui fut incisé ; le pus, cultivé, ne laissa aucun doute sur sa nature spécifique. Quelques mois plus tard, l'enfant se mit à tousser, se cachectisa et finalement succomba à une broncho-pneumonie chronique.

Une enquête sommaire me permit de retrouver le rabin ayant pratiqué la circoncision : c'était un tuberculeux avéré !

3^{me} cas. Enfant musulman, âgé de 10 ans ; antécédents héréditaires nuls ; élevé au sein maternel. Circoncis vers 7 ans : plaie opératoire ayant suppuré à peu près 20 jours. Vers 8 ans, augmentation de volume du testicule droit. On prescrivit le fameux traitement ioduré et les frictions à la pommade ichtyolée.

Je vis ce malade vers l'âge de 9 ans. Le testicule était du volume d'un œuf de poule, très douloureux, avec des noyaux fluctuants. L'ablation de l'organe malade fut proposée et acceptée. Opération sans incident ; ablation des crins de Florence au bout de 6 jours. L'examen microscopique et bactériologique de la pièce ne laissa subsister aucun doute. Une enquête très discrète me permit de retrouver le barbier ayant pratiqué cette circoncision : outre de nombreuses cicatrices sur la région du cou, provenant d'abcès scrofuleux, cet individu est atteint d'une lésion osseuse de l'index gauche.

Il est à remarquer que la tuberculose génitale évolue le plus souvent très lentement.

Actuellement, plus d'une année et demie après l'opération, la santé de cet enfant ne laisse rien à désirer.

Pour terminer, il serait à souhaiter que la péritomie fût soumise à un contrôle sévère, que ceux qui la pratiquent aient des notions suffisantes d'antisepsie, et surtout qu'ils soient exempts de tare syphilitique ou tuberculeuse.

(Méd. Orientale).

De la syringomyélie

M, G, GUILLAIN présente trois malades syringomyéliques chez lesquels l'affection revêt une forme spéciale, non encore décrite quand à ses caractères à laquelle, avec M. Pierre Marie, il propose de donner le nom de forme spasmodique de la syringomyélie.

L'attitude des malades est caractéristique. Ils

ont les bras appliqués le long du tronc, l'avant-bras plus ou moins fléchi sur le bras, les mains en avant du pubis ; les épaules sont surélevées, projetées en avant, la tête est fléchie, le bord externe des trapèzes forme un relief très apparent, les creux sus-claviculaires sont profonds. Quand on regarde les malades de dos, ils apparaissent penchés en avant. Tout dans leur attitude donne une impression de rigidité, de soudure, ils ont l'apparence des pakisoniens.

Les caractères de la main sont importants. Dans son ensemble, la main tend à prendre la position du prédicateur. Les trois derniers doigts de la main se fléchissent progressivement dans la paume et les malades portent dans leurs mains contracturées des corps arrondis pour éviter les ulcérations qui pourraient être produites par les doigts spasmodiquement fléchis. L'index et le pouce, au contraire, conservent longtemps leur motilité : les malades s'en servent à la manière d'une pince. Quand les contractures sont très prononcées aux autres doigts, l'index et le pouce peuvent être cependant relevés.

Des troubles de la motilité assez généralisés existent ainsi que des troubles de la marche. Ces phénomènes sont sous la dépendance de l'état spasmodique et non de l'atrophie musculaire, car l'examen électrique et l'examen objectif montrent que les muscles ne présentent pas des altérations très prononcées.

Les réflexes des membres inférieurs sont très exagérés, le clonus du pied facile à déterminer, le réflexe cutané plantaire anime l'extension des orteils.

Des troubles visicaux existent. M. Guillaïn a vu, avec M. Albarran, que certains malades avaient des troubles latents de la contractilité de muscle vésical, d'autres une cystite spéciale avec ulcérations.

La forme spasmodique de la syringomyélie a une évolution lente. La mort survient par cachexie urinaire, par cachexie nerveuse ou par une affection intercurrente.

Dans deux autopsies M. Guillaïn a constaté l'existence d'une syringomyélie sans pachyméningite-syringomyélie présentant des lésions destructives intenses au niveau de la région cervicale, bouleversant toute l'architecture médullaire, et de plus une dégénération très accentuée des zones pyramidales du cordon latéral, se poursuivant dans toute l'étendue de la moelle. Une telle dégénération ne se rencontre pas dans les cas habituels de syringomyélie.

La clinique et l'anatomie pathologique justifient donc l'existence de la forme spasmodique de la syringomyélie.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Aneurysmes vrais et aneurysmes faux

M. Destot présente des considérations relatives au diagnostic des aneurysmes vrais et faux. On sait combien le diagnostic est difficile, car souvent l'aneurysme ne donne de signes qu'à une période très avancée de son évolution. En revanche, différentes affections peuvent imposer l'idée d'un aneurysme, alors qu'en réalité on ne trouve rien qui la légitime. La radioscopie est dans ces cas d'un très grand secours.

Voici différents types de faux aneurysmes :

Chez les névropathes, on voit souvent survenir à la suite d'un éréthisme cardiaque, se manifestant par des palpitations et des intermittences, l'obsession de l'aneurysme. Le malade sent son cœur, il a de l'angoisse précordiale, souvent même de la fausse angine de poitrine avec constriction des poignets et, chose curieuse, de la différence dans l'intensité des pulsations. Comme la notion de l'aneurysme est très populaire, le malade se croit atteint, cesse son travail, le notaire quitte son étude, l'avocat sa robe, le militaire son épée, malgré les conseils qui n'arrivent pas à le convaincre de l'inanité de ses craintes.

La radiographie lui donne seule la preuve écrite et sert souvent à supprimer la suggestion du malheureux.

À côté de ces aneurysmes *sine materia*, on voit souvent des abcès de la paroi thoracique, abcès d'origine costale ou sternale, battants et fluctuants plus ou moins accompagnés de souffles vasculaires et recevant dans la région précordiale les impulsions du cœur qui sont pris pour des dilatations aortiques. Les cas en sont fréquents et des maîtres s'y sont trompés. La radioscopie démontre encore facilement l'erreur.

Il existe aussi des médiastinites, tenant à des infections ganglionnaires soit grippales, soit tuberculeuses qui, par l'augmentation de densité du tissu cellulaire du médiastin, arrivent à donner à la paroi des battements tellement nets qu'on peut les amplifier en appuyant le stéthoscope. Souvent aussi les vaisseaux comprimés donnent naissance à des souffles, et comme ce sont là les principaux signes de l'aneurysme le diagnostic est porté. Quelquefois même il arrive que ces médiastinites sont accompagnées de fièvre et de symptômes généraux et on pense à une endocardite ou à une aortite. Ici encore la radioscopie permet de rectifier le diagnostic. Les tumeurs malignes du poumon en refoulant l'aorte qui apparaît battant sur le bord droit du sternum peuvent donner naissance à des méprises.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Broncho-pneumonie grippale. Jugulation par l'alcaloidothérapie Dosimétrique

La possibilité de la jugulation d'une broncho-pneumonie n'est jamais acceptée par les praticiens routiniers

et mêmes par ceux qui paraissent avoir les idées les avancées en thérapeutique. Même devant les faits observés et accomplis, on se paye toujours de mots et toujours une théorie à tiroir est là pour nier les guérisons obtenues par une autre méthode que celle des manuels à la mode.

Certes, la jugulation n'est pas toujours possible, tant s'en faut, mais quand elle a été visiblement établie par le thermomètre, et constatée par les symptômes objectifs et subjectifs, encore faut-il ne pas nier les faits, cette jugulation eût-elle été obtenue par n'importe quel procédé, surtout par l'emploi rationnel des alcaloïdes ! Voici un cas indiscutable qui date de deux ans, lors de mes débuts en Dosimétrie.

Madame Louyss, 42 ans, tempérament sanguin, sujette aux congestions actives des muqueuses, a été prise, après deux jours de malaises vagues, vers 7 heures du soir, d'un frisson intense, suivi d'une série de frissonnements.

Elle se couche, et, dans la nuit, ne peut respirer qu'avec difficulté ; un point de côté, sous le sein gauche, lui "coupe la respiration". Dans la soirée je suis auprès de la malade. Figure congestionnée, yeux brillants, 125 pulsations, 39°2, respiration difficile. Congestion de la moitié du poumon gauche ; toux légère. *Diagnostic* : broncho-pneumonie grippale.

Sans tarder j'ordonne les granules suivants :

Nitrate de pilocarpine..... 5 granules.
Strychnine (sulfate)..... 1 granule.

Prendre chaque quart d'heure cette dose dans une tisane de bourrache.

Cesser dès l'apparition des nausées et de la transpiration.

Appliquer sur le point douloureux un vésicatoire grand comme une pièce de cinq francs.

Envelopper la malade dans une couverture de laine laisser la transpiration s'effectuer entièrement.

Changer de linge et prendre tous les quarts d'heure un granule composé :

"*Défervescent antifebrile.*"

Surveiller le thermomètre et, dès que la température tend à descendre à 38°, espacer les granules précédents toutes les heures et même les deux heures.

Boissons : grog chaud au rhum, lait chaud.

Ma seconde visite a lieu le lendemain dans l'après-midi. Résultat du traitement : vomissements passagers, transpiration très abondante, diminution très grande du point de côté, respiration beaucoup plus facile ; pouls, 83 ; température, 38°4. Diminution des signes de congestion à l'auscultation.

La seconde ordonnance est la suivante : continuer toutes les heures les *granules antifebriles* et ajouter, à chaque dose :

Cicutine (bromhydrate), 3 granules.

Continuer toutes les heures jusqu'à ce que le ther-

momètre marque 38° ; puis prendre les granules précédents et la *cicutine* toutes les deux ou trois heures.

Le lendemain 3^e visite : température 38°2 : pulsations, 80 ; presque plus de point de côté ; le souffle a une tendance marquée à reprendre son timbre normal ; la malade veut se lever.

La 4^e visite, le surlendemain, la malade est assise sur un fauteuil ; température, 37°8 ; pulsations, 75 ; le point de côté a disparu. C'est le début de la convalescence, quoique la malade ne se sente pas aussi malade qu'on l'est après une attaque de ce genre.

J'ordonne une purgation au *Sedlitz* et des *granules digestifs* avec le régime progressif usité en pareil cas.

REFLEXION

Une maladie présentant tous les symptômes d'une broncho-pneumonie a subi un arrêt, a rétrogradé, après l'emploi exclusif des alcaloïdes employés selon la méthode dosimétrique.

Est-ce une jugulation ? Oui, à mon avis ; et l'action connue des alcaloïdes permet d'expliquer les faits. Que s'était-il passé sous l'influence des causes intrinsèques, d'origine microbienne ou autre ? Une congestion soit directe, soit d'origine réflexe, au niveau du système vasculaire broncho-pulmonaire, d'où dériveraient tous les symptômes objectifs et subjectifs. Sous l'influence de la *pilocarpine*, la sécrétion sudorale est excitée ; une décongestion, une dérivation se produit : les parois des vaisseaux parésiées, par action directe des toxines, selon les uns, indirecte avec un phénomène d'inhibition causé par un changement de température, sont excitées ; une vaso-constriction énergique se produit sous l'influence de la *pilocarpine* et de la *strychnine*. L'effet d'une circulation plus active est un débailage du territoire pulmonaire congestionné ; les filets nerveux terminaux ne sont plus irrités au niveau de la plèvre et des alvéoles désobstruées. Les *granules défervescents* agissent par les alcaloïdes qui les composent ; sur les centres thermogènes par l'*aconitine* ; sur le cœur, le système nerveux, par la *digitaline* et la *strychnine* ; la *cicutine* a modéré l'hyperexcitabilité de la moelle, engourdi les filets terminaux source de réflexes divers. Les grands actes physiologiques perturbés tentent à la normale, tous les symptômes s'amendent, la maladie est jugulée, la convalescence commence.

Les *granules digestifs et apéritifs*, après le lavage au *Sedlitz*, incitent les fonctions digestives et permettent à l'organisme de se rétablir par l'alimentation.

Que serait devenue la broncho-pneumonie chez notre malade sujette aux congestions ? Elle aurait suivi son cours et peut-être produit des complications.

L'alcaloïdothérapie dosimétrique a pu, cette fois, prévenir peut-être un malheur par la jugulation d'une broncho-pneumonie : c'était à noter.

(Dr FR. POMPEANI, in *La Dosimétrie*)

Sur l'aortite abdominale

M. Teissier (Lyon) fait remarquer que, l'aortite abdominale étant d'un diagnostic particulièrement délicat, on n'en saurait trop fouiller minutieusement la séméiotique. A cet égard, il croit pouvoir ajouter quelques signes à ceux qui ont été signalés jusqu'ici.

Il a noté plus particulièrement les crises rachialgiques avec attitudes vicieuses, un peu analogues à celles que signalait Guéneau de Mussy dans l'anévrisme de l'aorte abdominale (attitude en chien de fusil), les vomissements, la névralgie diaphragmatique avec sensibilité exagérée du phrénique, la *contracture vigilante* du grand droit de l'abdomen et surtout certains phénomènes vasculaires sur lesquels il tient à attirer particulièrement l'attention :

1° *L'influence de la respiration sur l'intensité des battements aortiques.*—Il est facile de rassurer que les inspirations profondes augmentent singulièrement la pression dans l'artère sous-jacente au diaphragme, et donnent parfois au battement recueilli par le sphygmographe le type bigéminé.

2° *L'augmentation très notable de la pression artérielle mesurée au niveau de la pédieuse, relativement à la pression des artères radiales.*—Ce signe paraît important car il semble répondre très nettement à un spasme réflexe péphérique parti de la paroi sous-diaphragmatique l'aorte enflammée, état irritatif dont cette augmentation de pression traduit en quelque sorte l'intensité.

3° *Certains troubles apportés à la température locale de l'abdomen.*—Sous l'influence de la fatigue ou de l'exercice, la température rectale peut, en effet, s'élever relativement à celle de l'aisselle ou de la bouche. M. Teissier a, du reste, indiqué déjà que les sujets atteints d'entéro-colite, à poussée fébrile transitoire, étaient ceux de préférence chez lesquels l'aorte abdominale paraissait plus particulièrement intéressée.

L'ensemble de ces signes vasculaires paraît mériter l'attention et s'ajouter utilement à ceux qui nous étaient déjà connus, pour établir un diagnostic qui ne saurait être étayé sur trop de signes minutieux et dont l'importance ne saurait échapper, aussi bien au point de vue du pronostic que de l'action thérapeutique à établir.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

CHIRURGIE

Traitement des cancers par les sérums

M. Legueu s'associe aux réserves de ses collègues sur l'action de ces sérums en pareil cas, et la malade, présentée par M. Richelot à la dernière séance, ne permet pas de tirer une conclusion. On observe, en effet, des améliorations avec différentes médications, et on les observe même spontanément. Il y a quelques années on amenait à M. Legueu une jeune femme

atteinte d'un cancer pelvien, et dans un état de débilité avancée. Il fit la laparotomie et constata l'existence de nombreux kystes végétants, qui le déterminèrent à fermer immédiatement le ventre. Or, dix-huit mois plus tard, cette femme venait le retrouver en bien meilleur état. Il a fait une nouvelle laparotomie et a pu enlever un cancer assez étendu. Pendant deux années il n'y a pas eu de récurrence et ce n'est qu'après cette époque que la génération s'est effectuée. Si chez cette femme, on eût injecté du sérum, c'est à lui qu'on aurait à tort attribué l'amélioration.

M. Richelot n'a pas eu la prétention de dire qu'il existait un sérum anticancéreux ; il n'en existe pas, et il ne croit pas qu'on en trouve jamais un. Mais on ne peut mettre en doute l'action reconstituante des sérums artificiels, ce qui donnera la possibilité de tenter une opération qu'on n'aurait pu pratiquer sans cela. C'est à ce point de vue qu'il s'est placé pour présenter sa malade.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

OBSTETRIQUE

L'expression du fœtus par la paroi abdominale

Par M. KEIM,

(Suite)

Indication de l'expression.—L'expression du fœtus a une action dynamique et une action mécanique. Dans tous les cas, par conséquent, où il sera utile de faire intervenir rapidement l'une d'elles, on pourra d'abord s'adresser à l'expression.

1° **ACCELERER, AIDER OU COMPLETER L'ACCOUCHEMENT.**—L'expression modérée peut accélérer l'accouchement chez les femmes nerveuses, hystériques qui craignent la douleur (Schroeder). Elle aide l'accouchement dans la présentation du siège pour l'extraction du tronc, celle des bras et de la tête ; dans l'application du basiotribe ou des lacs.

L'expression peut également compléter l'accouchement, en cas de refus du forceps par la parturiente. C'est une indication rare à l'hôpital, mais qui peut exister quelquefois dans la clientèle de ville (Playfair).

2° **INERTIE UTERINE ET INERTIE ABDOMINALE.**—Ce sont les causes pour lesquelles on est appelé le plus fréquemment à intervenir par l'expression. Cependant, il est à remarquer que l'expression ne peut être appliquée avec succès que dans les cas d'inertie relative, c'est-à-dire ceux dans lesquels les contractions utérines n'ont pas la vigueur nécessaire pour faire franchir au fœtus les obstacles divers de l'expulsion (Keim). L'existence de contractions est donc indispensable, ne fut-ce que pour braquer, pour ainsi dire, le fœtus dans l'axe du

bassin et permettre à l'expression d'agir. L'abolition complète des contractions, l'inertie absolue, sont donc une contre-indication à l'expression du fœtus.

3° BRIEVETE DU CORDON.—La brièveté naturelle du cordon est donnée par Charpentier comme indication de l'expression. Dans les cas de brièveté accidentelle, par circulaires par exemple, l'expression n'a pas les inconvénients du forceps qui peut comprimer la tige funiculaire par ses cuillers.

4° PROCIDENCES.—Pour les procidences du cordon, l'expression est une méthode choisie, à condition cependant qu'il soit possible de terminer rapidement l'accouchement. On peut exprimer après réduction ou sans réduction de la procidence du cordon. La compression du cordon n'est que peu augmentée par l'expression et le temps de compression est réduit au minimum.

Pour les procidences des membres, il est souvent difficile d'obtenir une réduction et quelquefois impossible d'appliquer le forceps. L'expression peut rendre dans ces conditions de réels services. La procidence même réduite, il sera utile, pour en prévenir une nouvelle, de hâter l'accouchement par l'expression du fœtus.

5° ACCOUCHEMENT DU DEUXIEME JUMENT DANS LES ACCOUCHEMENTS GEMELLAIRES.—Quand il est indiqué, après l'expulsion du premier fœtus, de terminer l'accouchement par l'expulsion du second, l'expression peut donner les meilleurs résultats, car les obstacles à vaincre sont réduits au minimum (Bidder, Max Lunge).

6° ACCOUCHEMENTS DANS LES BASSINS MOYENNEMENT RETRECIS.—Dans ces bassins, l'expression est capable, soit d'engager la tête et de terminer l'accouchement, soit d'expulser une tête engagée, soit enfin de se combiner ou forceps. Son rôle est limité.

En tous cas, l'expression ne doit être tentée que dans les bassins où l'accouchement spontané est possible avec des enfants de poids moyen, c'est-à-dire dans les bassins moyennement rétrécis de 11 centimètres à 8 centimètres et demi.

Dans tous les cas, également, si l'expression semble échouer après quelques foulées, si l'accouchement reste stationnaire, il faut combiner l'expression et le forceps ou s'adresser à un autre mode opératoire (Currier, Kristeller, Keim).

7° ETAT GRAVÉ DE LA MÈRE.—Avec un travail normal, il peut être indiqué de terminer rapidement l'accouchement à cause de l'état de la mère qui pourrait s'aggraver par des efforts prolongés ou retentir sur la vie du fœtus.

C'est ainsi que l'expression, surtout associée à l'accouchement méthodiquement rapide, a pu donner de très bons résultats pour hâter l'accouchement dans les cas d'hémorragie par placenta prævia. On a pu, ou bien, combiner l'expression et la version de Braxton Hicks, ou exprimer directement la tête dans le bassin, de manière à s'en servir comme d'un ballon et à comprimer

le segment inférieur de l'utérus pour arrêter l'hémorragie.

Dans l'éclampsie, dans l'infection de la mère, l'expression a pu servir à hâter la terminaison de l'accouchement.

Dans les affections thoraciques, l'expression est un moyen précieux qui remplace, ou du moins qui atténue l'effort, et qui surtout prévient la décompression brusque, causée par une évacuation rapide de l'utérus. L'expression du fœtus est pour ces raisons l'intervention d'élection dans les affections thoraciques et particulièrement dans les cardiopathies et l'emphysème pulmonaire.

IV

Contre-indications de l'expression.—Dans les cas où il est impossible de saisir l'utérus, l'expression est contre-indiquée ; ainsi dans l'obésité, la distention gazeuse de l'intestin ; il en est de même quand l'utérus est d'une sensibilité exagérée, à la suite d'un processus inflammatoire aigu (Breisky).

La méthode d'expression ne donne aucun résultat et doit être rejetée dans les cas d'inertie utérine absolue. Nous avons déjà insisté sur ce point capital : pour exprimer le fœtus, il est indispensable qu'il ait des contractions ; l'expression ne fait que renforcer la contraction et ne la remplace pas.

De même la dilatation insuffisante du col, la résistance exagérée des parties molles, en rapport surtout avec un bassin atrophique (Bonnaire, Richelet, Hugé) sont des contre-indications à l'expression.

Du côté du fœtus, ce sont les présentations vicieuses l'excès de volume, le défaut d'ossification de la tête fœtale qui rendent la méthode impossible.

Il n'est besoin d'aucune démonstration particulière de ces faits. Elle se trouverait, d'ailleurs, dans les résultats de l'expression, en ce qui concerne l'utérus, le périnée, la délivrance, les suites de couches et le fœtus. Les accidents qu'on a signalés ont été presque tous, en effet, la conséquence de foulées d'expression faites en dehors des indications.

V

Conséquences de l'expression.—A. UTERUS.—1° *Inertie utérine.*—Elle est exceptionnelle, par cela même que les manœuvres d'expression réveillent, renforcent la contraction utérine et préviennent l'inertie. Quand celle-ci existe, c'est en dehors de l'expression, dans un muscle fatigué ou hyperdistendu pendant la grossesse (Breisky, Strassmann, Keim).

2° *Rupture utérine.*—Schröder avait émis des craintes au sujet des ruptures du segment inférieur par l'expression. Leohlein, A. Martin ont combattu cette opinion, et dans aucune statistique, il n'est, d'ailleurs, signalé un fait de ce genre.

B. PÉRINÉE.—Dans l'expression, le périnée est plus

aisé à surveiller et à défendre que dans une application de forceps. Aussi ses lésions sont-elles plus rares, et cela d'autant plus, que l'expression est faite dans de meilleures conditions. En cas de résistance exagérée du périnée on a essayé de combiner l'expression par la paroi abdominale et l'expression par le périnée postérieur. Cette seconde modalité de l'expression, destinée à défléchir artificiellement la tête, a été indiquée par Ritgen, puis par Fehling ; elle a été défendue par presque tous les accoucheurs allemands, par Gessner, Dührssen, Martin, Winter, Veit.

C. DÉLIVRANCE.—Les adversaires de la méthode d'expression ont avancé, que la délivrance était souvent troublée, soit par décollement prématuré du placenta, soit par son enchatonnement, soit par l'inertie utérine consécutive et les hémorragies.

Les statistiques diverses prouvent que la délivrance n'est pas hâtée à la suite de l'expression, que le décollement prématuré du placenta est exceptionnel. Elles montrent encore que l'expression faite dans les limites indiquées au cours de ce travail n'est pas fonction d'hémorragie. Quand il y a hémorragie, c'est qu'il existe une cause secondaire ou que les foulées d'expression ont été faites en dehors des indications (Breisky, Strassmann).

D. FŒTUS.—Une des critiques les plus graves adressées à la méthode d'expression est celle de produire l'asphyxie et la mort du fœtus par hémorragie des centres nerveux.

Bidder, Jaquet ont signalé le danger de l'asphyxie du fœtus par compression du placenta. Ils conseillent d'appliquer le forceps, dès que l'auscultation, pratiquée fréquemment avec l'expression, révèle des signes d'asphyxie menaçante.

Cependant, il est permis de rechercher, si les faits d'accouchement avec enfants nés en état de mort apparente, ou mourant après l'accouchement, sont le résultat de l'expression.

La délivrance avons-nous dit, est rarement troublée après l'expression. Il est donc peu probable que celle-ci puisse suffire à produire des troubles circulatoires placentaires et fœtaux avec asphyxie du fœtus. Il paraît, semble-t-il, plus raisonnable d'attribuer ce phénomène d'asphyxie, à l'effet de l'expulsion brusque, le fœtus passant sans transition suffisamment lente de la pression du sac utérin à celle de l'air extérieur. Ainsi peuvent, d'ailleurs, s'expliquer ces faits de mort apparente du fœtus extrait par l'opération césarienne (40 p. 100 dans l'opération de Porro, d'après R. Braun).

Mais si l'expression n'est pas cause d'asphyxie du fœtus, peut-elle, par les manœuvres qu'elle comporte, être l'origine d'hémorragies cérébro-spinales ou de compression simple des centres nerveux chez le fœtus ?

Les hémorragies des centres nerveux ont été trouvées quelquefois en rapport avec des manœuvres d'expression. Mais ne connaissons-nous pas la fréquence

de ces hémorragies chez le nouveau-né et surtout chez les enfants prématurés ? Dans un travail très intéressant, Schæffer nous documente sur la valeur de ces hémorragies. Elles existaient en moyenne 12 fois sur 100 autopsies de nouveau-nés. Chez les prématurés, elles sont dues en particulier à la friabilité des vaisseaux, à leur déchirure par lésions directes ou par suite des changements de pression. Les manœuvres d'extraction sont une des causes principales des hémorragies cérébro-spinales, d'après Schæffer.

Ces hémorragies paraissent donc fréquentes, en dehors de l'expression du fœtus. Si cette dernière en produit, elles sont proportionnellement plus rares que par la méthode de traction. Quoi qu'il en soit, il y a lieu, semble-t-il, de faire des réserves à ce sujet.

Si la possibilité des hémorragies cérébro-spinales existe chez le nouveau-né à la suite des manœuvres d'expression, celles-ci peuvent-elles également comprimer le système nerveux par les inclinaisons qu'elles impriment au fœtus ?

Par les expériences de Tarnier, nous savons, que si la torsion de la colonne vertébrale est inoffensive pour le fœtus, l'excès de flexion augmente la pression sanguine et produit des hémorragies.

Il est donc important de savoir si, par l'expression, dans les présentations du sommet, l'inclinaison forcée de la tête peut donner des résultats identiques, et produire, en particulier, des compressions médullaires.

La clinique et l'expérimentation nous permettent de répondre par la négative, et nous expliquent comment les manœuvres d'expression n'ont, sur la colonne vertébrale, aucune action dangereuse pour la vie du fœtus.

L'inclinaison latérale de la tête est limitée dans les manœuvres d'expression. On sait, en effet, que les tractions inclinent quelquefois la tête, au point de produire une elongation des racines du plexus brachial, et à sa suite, d'après quelques auteurs (Fieux, Schömacker), une paralysie du membre supérieur.

Dans l'expression, l'inclinaison donnée à la tête n'a jamais été suffisante pour produire la paralysie. Il est donc permis de conclure que, dans les manœuvres d'expression, l'inclinaison de la tête est limitée et ne peut, par cela même, produire la compression des centres nerveux.

L'expérimentation a, d'ailleurs, confirmé les résultats cliniques. En congelant des cadavres de fœtus mis dans la position la plus défavorable, c'est-à-dire la tête en inclinaison latérale forcée, position rarement atteinte dans l'expression du fœtus, on a pu constater (Keim) que la moelle a toujours été parfaitement régulière dans sa courbure. Celle-ci ne se fait jamais à angle aigu, même quand l'inclinaison latérale de la tête est portée au point, de mettre l'oreille en contact avec l'acromion.

Sauf conditions exceptionnelles, l'expression n'ex-

pose donc pas le fœtus à des traumatismes pouvant compromettre son existence.

L'expression du fœtus constitue, par cela même, une intervention opératoire inoffensive, aussi bien pour le fœtus que pour la mère. Elle est simple, aseptique. En cas d'insuccès, elle ne rend jamais impraticables les autres modes d'intervention qui peuvent devenir nécessaires pour la terminaison de l'accouchement.

(Gaz. des hop.)

Traitement de l'infection puerpérale à la clinique Tarnier.

M. Perret rapporte le détail des faits qu'il a observés pendant une année dans le nouveau service d'isolement de la Clinique Tarnier, avec un plein succès.

Les antiseptiques employés ont été : d'abord le sublimé, puis l'iode, le permanganate et l'eau oxygénée, enfin le borate de soude.

Les malades ont été soutenues avec du sérum artificiel.

Le traitement local a été l'écouvillonnage très précocé, fait à la première élévation de température, répété, s'il y avait lieu, enfin les injections intra-utérines fréquentes et abondantes, continuées pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la température soit revenue définitivement à la normale.

M. Fochier n'attache pas grande importance à l'hyperthermie n'ayant duré qu'un seul jour. Avant de considérer une femme comme infectée, il attend que la température se maintienne élevée.

M. Gaulard vante les avantages du curetage, qui enlève la muqueuse, laquelle est souvent envahie dans sa totalité par les streptocoques.

Pour lui, si les streptocoques sont dans le muscle, il ne faut plus faire d'autre intervention que l'hystérectomie.

M. Budin. — Il est évident que, comme l'a dit M. Fochier, l'élévation de température n'ayant duré qu'un seul jour ne signifie pas grand'chose.

Mais, comme l'écouvillonnage est une opération simple et ne présentant aucun danger, il n'y a jamais aucun inconvénient à la faire, même si elle n'est pas indispensable.

(Méd. orientale)

GYNECOLOGIE

Deux cas de kyste ovarique simulant l'ascite de la cirrhose hépatique par le Dr MAKRIS

1^{re} Obs.—Elmas Hanoum, originaire d'Artaki, âgée

de 35 ans, se présenta à ma clinique de Saint-André à Artaki, il y a quatre ans, avec un épanchement considérable de la cavité abdominale. Mère de deux enfants mis au monde dans les 2 premières années de son mariage, elle n'a plus eu de grossesses depuis 16 ans.

La menstruation, normale jusqu'il y a 3 ans, est devenue depuis irrégulière, tantôt pauvre, tantôt profuse, à des intervalles ne reconnaissant aucun ordre.

Les premiers signes de l'ascite datent de cette époque. Les médecins consultés à fur et à mesure de leur apparition se contentaient de ponctionner, mais le liquide se reproduisait avec une rapidité inquiétante. Voici ce que je constatai à mon premier examen : Constitution maigre et chétive. Aspect d'une personne souffrant d'une cirrhose hépatique ou d'un cancer d'un organe abdominal, riche réseau de veines sur la paroi abdominale rappelant la tête de Méduse.

Malgré l'irrégularité persistante des règles dans le sens ci-dessus, l'examen du ventre, le toucher vaginal bi-manuel, le toucher rectal, ne décèlent rien. Il faut cependant reconnaître que la grande quantité du liquide ascétique ne permettrait pas un examen complet des organes.

Appareils respiratoire, circulatoire, digestif et sécrétoire absolument normaux.

Dans le but d'arriver à surprendre la cause de l'épanchement, et surtout d'un examen plus fructueux, j'ai proposé à la patiente l'exonération du ventre, ce qui fut accepté. Le liquide mesurait 14 litres, il était séreux, limpide, couleur d'ambre et pauvre en albumine. L'évacuation me permit alors de constater dans le flanc droit une tumeur lisse, dure, de la grosseur d'un coing, origine première de l'épanchement.

J'ai procédé à la laparotomie, qui fut pratiquée le 15 mai 1897, avec l'assistance de MM. les Drs Mazaraki, médecin municipal, Stéfanidès et Rouzios, et j'ai constaté ce qui suit :

Le point de départ de cette tumeur était l'ovaire droit. La tumeur était libre, non adhérente, pédiculisée. Elle se composait d'une partie solide surmontée d'un kyste à parois d'une minceur extrême. Pas de rupture. Mais telle était la minceur des parois dont je parle, qu'après l'extirpation de la tumeur un liquide transsudait et mouillait ses parties ambiantes. Nul doute que c'est cette transsudation, qui était la cause de l'ascite concomitante. Le liquide devait être aseptique puisqu'il n'entraîna aucune complication : quant au développement du réseau veineux abdominal, il s'explique par la pression que l'épanchement exerçait sur la veine cave inférieure.

Elmas Hanoum, depuis mon intervention, n'a plus éprouvé le moindre désordre ; elle a repris, se porte à merveille, et la menstruation s'est rétablie régulière.

2^{me} Obs.—Le second cas présente une certaine analogie avec le premier ; le voici en résumé :

Zeliha Hanoum, âgée de 30 ans, originaire de Sco-

dra, se présente à mon service de l'hôpital Muzaférich à Constantinople, le 25 août dernier.

Réglée à 14 ans, mariée à 21 ans, elle eut 4 enfants, dont le premier un an après son mariage, le second 3 ans, le troisième 5 ans, et le quatrième 6 ans après. Pas de fausses couches. Depuis 3 ans, plus de grossesse. Elle dit que depuis 5 mois son ventre prend progressivement du développement. Les Médecins de son pays la ponctionnèrent trois fois. Mais, vu la reproduction du liquide, la malade se décide de venir à Constantinople.

D'une stature moyenne, la malade est maigre et chétive ; elle offre un ascite considérable et un réseau veineux des parois abdominales assez développé, de sorte qu'à la première vue on devait penser à une cirrhose du foie. Après exonération, j'ai constaté dans la fosse iliaque droite une tumeur lisse et mobile, de la dimension d'une tête de fœtus. Rien du côté du foie. Certain que l'ascite provenait de la tumeur, j'ai proposé la laparotomie, qui a été acceptée.

Je l'ai opérée le 26 du mois d'août dernier, avec l'assistance des docteurs attachés à l'hôpital, MM. Ritro, Criticos, et Eskénazi. Une grande quantité du liquide visqueux s'échappe par l'incision abdominale. La tumeur est pédiculisée et représente l'ovaire droit. Ce qu'il y a à remarquer, c'est qu'elle porte une perforation ronde de l'étendue d'une pièce de 1 franc, et c'est par cette perforation que le liquide du kyste se déversait dans la cavité abdominale au point de faire croire à un ascite provenant d'une cirrhose du foie.

Les suites opératoires furent excellentes. La réunion comme dans le premier cas s'est faite par première intention, et la malade est sortie de l'hôpital le 9 septembre radicalement guérie.

En conclusion nous pouvons avancer, primo : que le liquide d'un kyste de l'ovaire, épanché dans la cavité abdominale soit par transsudation, soit par rupture du kyste, ne produit pas une péritonite lorsqu'il est aseptique ; secundo : lorsqu'un ascite accompagne une tumeur abdominale, on ne doit pas penser toujours à une tumeur maligne du ventre ; tertio : que la présence du réseau veineux n'est pas un signe certain d'une cirrhose du foie ; et quarto : qu'il est très utile dans les épanchements considérables du péritoine d'exonérer le ventre en vue d'un diagnostic pathologique positif.

(Méd Orientale)

PEDIATRIE

Les convulsions chez l'enfant

Par M. le professeur A. D'ESPINE (de Genève)

(Suite)

f) *Auto-intoxications*.—Les auto-intoxications sont

la cause de beaucoup la plus fréquente des convulsions infantiles.

1° *Urémie*.—L'urémie par bouchage du rein est rare dans la première enfance.

Les convulsions urémiques ont été fréquemment observées dans la convalescence de la scarlatine, et le pronostic est moins sombre chez l'enfant que chez l'adulte. L'éclampsie peut aussi survenir dans le cours des néphrites primitives de l'enfance.

2° *Athyroïdisme*.—On sait que l'ablation totale de la glande thyroïde, chez l'homme et les animaux, entraîne habituellement des accidents nerveux, soit de la tétanie, soit plus rarement des attaques de convulsions. Rien de semblable n'a été observé dans le myxœdème infantile.

3° *Status lymphaticus*.—L'hypertrophie du thymus stigmatise de la diathèse lymphatique (*status lymphaticus* d'Escherich) prédisposerait singulièrement aux convulsions, en particulier au spasme de la glotte et à la tétanie. Cette hypothèse, qui a encore besoin d'une démonstration scientifique indiscutable, a donné à Escherich l'idée de combattre le spasme de la glotte par des préparations fraîches de thymus de veau.

4° *Auto-intoxications gastro-intestinales*.—C'est l'indigestion qui produit le plus rapidement et le plus habituellement des convulsions, non seulement chez les nourrissons mais souvent aussi après l'âge de 2 ans, parfois même chez des enfants qui ne paraissent avoir aucune prédisposition nerveuse marquée ; c'est d'ailleurs un fait observé parfois chez l'adulte dans les auto-intoxications.

Les entérites aiguës nous paraissent moins fréquemment engendrer l'éclampsie que les catarrhes dyspeptiques chroniques ; c'est surtout dans la forme pyrétique que les convulsions sont à craindre.

Dans l'athrepsie, les convulsions sont relativement fréquentes et seraient, d'après Parrot, d'un pronostic absolument fatal.

L'insuffisance hépatique chez les convulsifs infantiles explique l'action nocive des toxines intestinales fabriquées en qualité anormale dans l'intestin et non détruites par leur passage à travers le foie.

g) *Hyperthermie*.—Les convulsions initiales des fièvres sont en rapport direct avec l'hyperthermie. Celle-ci ne suffit pas toujours, par elle-même, à déterminer la convulsion ; il faut une prédisposition héréditaire.

h) *Maladies infectieuses*.—L'éclampsie de ces maladies infectieuses dépend de facteurs divers : hyperthermie, malignité de la maladie, invasion microbienne des centres nerveux et complications inflammatoires, asphyxie, etc. On l'a signalée dans la malaria dont on a décrit une forme éclamptique.

La scarlatine, la rougeole, la variole, plus rarement la varicelle, peuvent s'accompagner de convulsions.

Dans la grippe, les convulsions sont exceptionnelles,

mais les accidents peuvent aller jusqu'à la pseudo-méningite et même la vraie méningite. Dans la pneumonie, les convulsions sont dues tantôt à des pseudo-méningites dues à l'action des toxines sur le cerveau, tantôt à de vraies méningites microbiennes.

Dans la fièvre typhoïde, les convulsions sont exceptionnelles, sauf en cas de méningite typhoïdique.

Elles ont été parfois observées au début des oreillons.

Dans la diphtérie, elles sont exceptionnelles.

La paralysie infantile spinale, qui a toutes les allures d'une maladie infectieuse, peut débiter par des convulsions, comme une pneumonie. Le plus souvent, les attaques sont violentes, généralement répétées, mais elles ne s'accompagnent pas de signes qui indiquent une affection cérébrale. L'éclampsie guérie, la maladie paraît terminée, mais on s'aperçoit alors que l'enfant est paralysé des jambes ou des bras.

La syphilis est l'infection chronique la plus épiléptogène ; chez l'enfant, comme chez l'adulte, les convulsions épileptiques peuvent être le seul symptôme de la syphilis et guérir par le traitement spécifique. Il faut, en pareil cas, les attribuer à l'intoxication des centres nerveux.

i) *Eclampsie traumatique*.— Sous ce nom il faut entendre les convulsions observées à la suite de chute ou de coup sur la tête sans lésions anatomiques grossières ; elles rentrent au fond dans les convulsions symptomatiques, puisque, comme l'a montré Kocher, la commotion se distingue de la contusion cérébrale seulement par le fait que, dans cette dernière, on trouve des foyers d'écrasement cérébral visibles à l'œil nu, tandis que, dans la commotion, il n'existe que des lésions microscopiques des centres nerveux.

Les nouveau-nés et les nourrissons sont moins exposés que l'adulte aux lésions de la commotion cérébrale, grâce à la présence des fontanelles et à l'élasticité de la boîte crânienne. Néanmoins, c'est une cause fréquente de convulsions chez les bébés à laquelle il faut toujours songer quand on n'en trouve pas d'autre.

Les convulsions sont habituellement généralisées dans la commotion cérébrale. Quand elles sont unilatérales, elles sont souvent suivies d'hémiplégie et indiquent alors une contusion ou un épanchement sanguin, qui, d'ailleurs, peut exister aussi sans symptômes de localisation.

L'éclampsie est séparée souvent du traumatisme par quelques heures, un jour, plusieurs jours d'intervalle.

Ce qui fait le danger de l'éclampsie traumatique, c'est l'avenir, c'est-à-dire la possibilité de voir se développer dans la suite une épilepsie vraie.

j) *Eclampsie réflexe*.— Elle représente l'infime minorité des convulsions infantiles, néanmoins, son existence est indiscutable.

Le point de départ des convulsions réflexes est très variable : peau, oreilles, gland, prépuce, vessie, hernie

étranglée, testicule dans l'anneau, tube digestif (aliments indigestes, corps étrangers, vers), etc.

On a exagéré l'influence épiléptogène des vers intestinaux, qui est incontestable d'ailleurs.

III. *Symptomatologie et statistique*.— 1° *Statistique*. Grâce au concours bienveillant d'un grand nombre de nos confrères, nous avons pu dresser une statistique comparative de fréquence des trois formes de convulsions chez l'enfant. Il en ressort à l'évidence que les convulsions chez l'enfant ne sont pas un accident banal et que leur fréquence est très inférieure à ce qui est généralement admis.

L'éclampsie représente la grande majorité des convulsions infantiles ; puis vient le spasme de la glotte qui présente une différence notable de fréquence suivant les localités ; la tétanie est une maladie rare, quoique plus répandue qu'on ne l'a dit, et qui ne présente une certaine fréquence que dans quelques localités.

D'après cette enquête on arrive aux chiffres suivants, qui nous paraissent devoir être adoptés comme moyennes :

Nombre total d'enfants.....	208 035	
— des cas d'éclampsie....	1 274	0,61 pour 100
— des cas de spasme de la glotte.....	693	0,33 pour 100
— des cas de tétanie.....	141	0,06 pour 100

c'est-à-dire que, sur 10 000 enfants, on compte 100 convulsifs (1 pour 100), soit 61 éclampsies, 33 spasmes de la glotte et 6 tétanies.

2° *Eclampsie*.— a) *Prodromes*.— Nous considérons comme prodromes vrais, dans toutes les formes de convulsions infantiles, les signes qui dénotent l'hyperexcitabilité des centres nerveux. Celle-ci tantôt est latente, tantôt se manifeste par l'hyperesthésie sensorielle ou, si l'enfant est plus âgé, par son irascibilité ou son émotivité. L'exagération des réflexes tendineux a toujours été très marquée dans tous les cas où je l'ai recherchée ; tant qu'elle persiste, on peut craindre le retour d'une attaque convulsive. L'hyperexcitabilité galvanique, qui a été regardée par Erb comme un signe important de la tétanie, ne lui est point spéciale.

b) *Forme des convulsions*.— L'attaque épileptiforme est la forme exceptionnelle ; nous ne l'avons constatée que dans 9 observations sur 54 ; elle est surtout rare dans la première année et est observée principalement dans l'éclampsie idiopatique ou réflexe et dans l'urémie. Le cri initial manque le plus souvent, et quand il existe, il doit faire craindre l'épilepsie.

La forme habituelle peut être définie avec Baumes " un mélange de tonisme et de clonisme " sans l'ordre régulier de l'attaque d'épilepsie.

Grancher décrit une forme purement tonique de convulsions essentielles, dont il cite deux observations dans le cours d'une pneumonie, l'une terminée par la guérison, l'autre par la mort. Mais ce serait aller trop loin que de nier l'existence de secousses cloniques à cet âge.

c) *Siège des convulsions.*—Les convulsions dans l'éclampsie peuvent être généralisées ou partielles. Leur ordre d'extension est toujours le même ; commençant par les bulbes oculaires, elle s'étendent à la face, puis au cou et à la nuque, aux extrémités supérieures et au tronc, en dernier lieu aux membres inférieurs. Les convulsions partielles les plus faibles sont limitées aux yeux et à la face ; ce sont les plus fréquentes.

Les convulsions dans l'éclampsie sont bilatérales et symétriques ; telle est la règle, mais elle souffre de nombreuses exceptions, importantes à relever au point de vue du diagnostic avec les convulsions symptomatiques.

3° *Spasme de la glotte.*—La forme habituelle du spasme de la glotte est caractérisée par une série de petits cris grêles inspiratoires ou expiratoires, ou par un arrêt complet de la respiration. La mort, qui peut être la terminaison de l'accès, arrive habituellement par syncope, comme dans l'empoisonnement par le chloroforme : on a cité, néanmoins, des cas sauvés par la trachéotomie ou le tubage.

Il est une forme spéciale de laryngospasme que nous avons observée chez les nouveau-nés et qui a été confondue à tort avec le stridor congénital des nouveau-nés, auquel elle ressemble, mais dont elle se distingue par sa marche paroxystique et l'influence curative du chloral et des bromures.

Les trois faits que nous avons observés viennent à l'appui de celui qui a été publié par Variot et démontrent qu'à côté des cas de stridor dus à une malformation laryngée congénitale, il y en a d'autres qui se rattachent au phrénoglottisme.

L'étiologie du spasme de la glotte a beaucoup d'analogie avec celle de l'éclampsie dont elle ne constitue qu'un cas particulier. L'influence héréditaire s'y fait sentir aussi nettement que pour l'éclampsie.

Le spasme de la glotte est une maladie de la première année ; il est exceptionnel plus tard.

C'est à la fin de l'hiver qu'il atteint sa plus grande fréquence.

4° *Tétanie.*—Escherich divise ses 80 cas de tétanie, en trois groupes :

1° Tétanie des rachitiques ;

2° Tétanie classique ;

3° Pseudo-tétanos, avec prédominance des contractures aux muscles du tronc.

Escherich serait disposé à séparer le pseudo-tétanos de la tétanie vraie. Nous pensons aussi qu'il doit être plutôt rapproché des cas de tétanos atténué, dit rhumatismal.

Le point sur lequel nous différons avec Escherich, c'est l'interprétation des faits de la première catégorie. Et d'abord, le spasme de la glotte, non compliquée de contracture essentielle des extrémités, peut-être considéré comme une tétanie du larynx ?

Notre statistique nous montre que le spasme de la glotte est presque partout beaucoup plus fréquent que

la tétanie et que cette dernière est presque inconnue à certains endroits.

En outre, le spasme de la glotte est une convulsion et non une contracture, même intermittente. Ses relations avec l'éclampsie ou convulsion externe sont des plus intimes ; elles ont été reconnues de tout temps, les deux formes pouvant coïncider ou se succéder à des intervalles très variables chez le même malade ; elles sont enfin produites par les mêmes causes.

Reste l'argument de la tétanie latente, caractérisée par la triade du signe de Trousseau (tétanie provoqué par la compression du paquet vasculo-nerveux au-dessus du coude), du signe d'Erb (hyperexcitabilité galvanique) et du signe de Chvostek (hyperexcitabilité mécanique des nerfs et du facial en particulier). Les avis diffèrent sur la valeur de chacun de ces signes pour établir le diagnostic de la tétanie latente.

Je ne puis considérer l'hyperexcitabilité des centres nerveux comme synonyme de tétanie, tout en reconnaissant l'importance des différents signes si bien étudiés par Escherich. Je trouve, d'autre part, les convulsions toniques mêlées intimement par la clinique aux convulsions cloniques et pouvant même être prédominantes chez les enfants dans les trois à six premiers mois.

J'arrive donc, en résumé, à une synthèse des convulsions chez l'enfant, qui peuvent se manifester tantôt par des convulsions externes, cloniques et toniques, ou purement toniques, tantôt par des convulsions internes sous la forme de spasme de la glotte, selon que les toxines convulsivantes localiseront leur action sur les cellules nerveuses de la zone motrice corticale, du bulbe ou des cornes antérieures de la moelle.

Il n'en résulte pas qu'il faille rayer le chapitre de la tétanie du cadre des maladies infantiles. Quoique la tétanie, comme l'éclampsie, ne soit qu'un symptôme, puisqu'elle peut survenir dans le cours de la pachyméningite hémorragique des nourrissons ou de l'hydrocéphalie, il y a une maladie idiopathique, essentielle, qui se termine plus souvent par la guérison que par la mort, caractérisée par des contractures des mains et des pieds, souvent douloureuses, volontiers intermittentes, donnant souvent à la physionomie un cachet particulier de souffrance, avec prééminence des lèvres en bec de canard et s'accompagnant, la langue, d'œdème et d'empatement douloureux du côté de l'extension des mains et des pieds comme Trousseau l'avait déjà signalé.

L'étiologie de cette maladie est également particulière ; outre les causes ordinaires de l'hyperexcitabilité nerveuse chez les enfants, comme les gastro-entérites ou le rachitisme, on ne peut nier l'influence saisonnière et peut-être d'autres influences locales inconnues, qui expliquent sa fréquence dans certaines localités (Graz), sa rareté dans d'autres (Genève).

IV. *Diagnostic.*—Le diagnostic des convulsions doit être fait, d'une part, avec les névroses convulsives, sur-

tout avec l'épilepsie, d'autre part, avec les méningites et les hydrocéphalies aiguës.

1° *Hystérie*.—Chaque organe nerveux est plus exposé à se détraquer au moment de son développement fonctionnel : l'organe du mouvement dans les deux premières années (paralysies infantiles, convulsions), l'organe de la motricité à partir de 6 ou 7 ans (chorée), l'organe de la sensibilité affective après 10 ans (hystérie), l'organe de la pensée dans l'âge adulte (folie). C'est dire que nous n'aurons à poser le diagnostic de l'hystérie convulsive avec l'éclampsie que chez les grands enfants et que la tétanie surtout pourra, à cet âge, être de nature hystérique.

2° *Épilepsie*.—Il est parfois impossible de distinguer les attaques épileptiformes éclamptiques de véritables attaques d'épilepsie ; la marche seule renseignera et l'on pourra considérer l'épilepsie comme probable si les attaques continuent au delà de la cinquième année, sans causes occasionnelles déterminées.

3° *Méningites*.—Le diagnostic entre les convulsions symptomatiques et les convulsions essentielles est souvent difficile dans la pratique.

a) *L'aspect clinique*.—Les convulsions initiales des maladies fébriles appartiennent à l'éclampsie ; les convulsions qui surviennent dans le cours d'une pyrexie sont plus souvent, mais non nécessairement symptomatiques d'une méningite. On pourra craindre cette dernière quand les accidents cérébraux coïncident avec une augmentation brusque de la température, quand les convulsions se répètent coup sur coup, quand il persiste, dans l'intervalle, de la contracture (trismus, opisthotonos) ou quelque symptôme de foyer, tel qu'une paralysie localisée, de l'irrégularité pupillaire, du strabisme, etc.

Les autres symptômes concomitants de la méningite et leur enchaînement doivent être pris également en considération : céphalalgie, vomissements, rougeurs subites, irrégularités du pouls et de la respiration, etc.

Un autre ordre de signes est fourni pendant l'attaque par l'état de la fontanelle. Quand elle est tombée et saillante, et que les pulsations cérébrales et les mouvements respiratoires deviennent insensibles, on peut conclure à une hydrocéphalie aiguë. L'absence de ce signe, par contre, ne permet pas toujours d'exclure la méningite. La mensuration exacte de la circonférence du crâne doit être faite à des intervalles successifs après des attaques de convulsions dans la première enfance ; on pourra ainsi constater parfois que des convulsions, considérées tout d'abord comme essentielles, étaient, en réalité, les premiers symptômes d'une hydrocéphalie acquise.

b) *Le signe de Kernig*.—Ce signe est à peu près constant dans les méningites franches, primitives ou secondaires. Il manque parfois dans la méningite tuberculeuse, peut-être parce que celle-ci s'étend moins souvent aux méninges rachidiennes que la méningite

franche et surtout que la méningite épidémique.

c) *Signes fournis par la ponction lombaire*.—Dans les cas douteux, la ponction lombaire fournit des signes précieux sur l'inflammation des méninges et sa nature.

1° *Nature du liquide*.—Un liquide céphalo-rachidien trouble est toujours l'indice d'une méningite. Si le liquide est clair, la présence d'albumine ou de flocons de fibrine est également une preuve de l'inflammation.

2° *Diagnostic cytologique* (Widal).—L'examen se fait sur le dépôt obtenu en centrifugeant le liquide de la ponction. Dans tous les cas on trouve des leucocytes qui n'existent pas dans le liquide céphalo rachidien normal. Dans les méningites aiguës non tuberculeuses, les leucocytes polynucléaires sont de beaucoup les plus nombreux : dans la méningite tuberculeuse, ce sont les lymphocytes. Dans les formes subaiguës et chroniques, la prédominance des lymphocytes est habituelle dans toutes les formes.

3° *Diagnostic bactériologique*.—C'est par l'examen du dépôt liquide et par les cultures qu'a été déterminé le plus souvent le diplococcus de Weichselbaum, agent infectieux de la méningite cérébro-spinale épidémique.

4° *Toxicité du liquide céphalo rachidien* (Sicard).—Il est possible que cette nouvelle méthode donne l'explication de la mort par toxines convulsivantes chez l'enfant, en l'absence de microbes dans les centres nerveux.

5° *Diagnostic par l'hémolyse*.—Weil et Péhu ont appliqué récemment au diagnostic des méningites infantiles le procédé récemment inauguré par le professeur Bard, à Genève, hémolyse par la réaction du liquide céphalo-rachidien sur le sang du porteur,

M. M. Weil et Péhu ont constaté que le procédé de M. Bard leur a donné des résultats décisifs pour le diagnostic entre la méningite vraie et les pseudo-méningites (convulsions, etc.) dans 88,8 pour 100 des cas. C'est une méthode d'avenir.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

Procédé pour provoquer la quinte de coqueluche

M. Variot.—On sait quelle difficulté il y a le plus souvent à pouvoir affirmer le diagnostic de la coqueluche lorsqu'on n'a pas la chance d'assister à une quinte ; l'œdème facial, les ecchymoses sous-cutanées, l'ulcération sous-linguale sont des signes inconstants et infidèles ; la quinte seule est caractéristique.

M. Variot indique un moyen de provoquer la quinte qui lui a toujours réussi. Il faut faire ouvrir largement la bouche à l'enfant et lui plonger brusquement l'index jusqu'à dans le fond de la gorge, soulever l'épiglotte et faire pénétrer la pulpe du doigt dans le vestibule du larynx, comme pour le premier temps du tubage. Si l'enfant n'a pas la coqueluche, il se cyanose et tousse, mais sans quinte ; s'il l'a, une quinte

des plus intenses et des plus caractéristiques se produit à coup sûr, exception faite parfois du cas où une quinte s'est déjà produite quelques minutes auparavant.

Il n'y a pas à craindre de morsure de la part de l'enfant ; la surprise qu'il ressent d'abord, puis la toux qui le secoue l'empêchent de mordre.

(*Jour. de méd. de Paris*)

Laryngite sous-glottique

par M. DEGUY.

M. Deguy montre un larynx où existe un rétrécissement sous glottique qui a causé la mort de l'enfant par l'asphyxie ; tubage, dilatation trachéale après trachéotomie, n'ont donné aucun soulagement ; il s'agissait d'une enfant atteinte de croup, trois ans auparavant, et qui ne pouvait plus se passer de sa canule ; à peine était-elle enlevée pour la nettoyer qu'il fallait en remettre une autre, sous peine d'asphyxie. L'autopsie a montré que la glotte était intacte ; l'enfant avait du reste une voix normale ; mais sous la glotte existait, au niveau du cricoïde, un rétrécissement expliquant les accidents. La trachéotomie, haut située, avait sectionné l'anneau du cricoïde ; c'est là, en effet, une lésion qu'on retrouve toujours dans ces cas et qui prouve l'utilité de ménager ce cartillage dans les trachéotomies,

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Note sur le traitement du muguet des nouveau-nés

par P. MAYOUD,

Lors d'une épidémie de muguet qui a sévi sur les nourrissons de la première crèche, à la Charité, pendant le mois de février 1902, nous avons essayé—sur les conseils de notre maître, M. Audry—de traiter cette affection par des badigeonnages de la bouche au nitrate d'argent. Dans une vingtaine de muguets traités par cette méthode nous avons obtenu des résultats satisfaisants et il nous a paru que le nitrate d'argent avait une action plus sûre et plus rapide que les collutoires boratés généralement employés.

La cautérisation de la muqueuse buccale par le nitrate d'argent dans les cas de muguet a été préconisée et employée par Gösz et par Concetti. Voilà le manuel opératoire que conseillent ces auteurs et que nous avons nous-même suivi :

Nous nous sommes servi au début d'une solution d'azotate d'argent à 1 pour 100, puis d'une solution à 3 pour 100. Cette dernière nous semble préférable, parce que son action est tout aussi innocente et plus rapide. Un pinceau—qu'il est commode de fabriquer extempo-

ranément, en enroulant un peu de coton hydrophile à l'extrémité d'une tige de bois de la grosseur d'un crayon—est trempé dans le liquide médicamenteux. On le donne à sucer au nourrisson et le liquide se répand dans la bouche. Cette manœuvre paraît suffire dans les cas où le muguet est léger et diffus. Si, en un point de la bouche, il existe des plaques plus épaisses de blanchet, on les badigeonne, en râclant légèrement leur surface avec le pinceau. La neutralisation du nitrate par l'eau salée est inutile. Pas plus avec la solution à 1 pour 100, nous n'avons jamais eu aucun accident, ni lésions de la muqueuse buccale, ni troubles digestifs. Dans quelques cas, le badigeonnage a provoqué un vomissement. Pour se tenir à l'abri de cet accident et aussi pour éviter que le collutoire ne soit trop tôt enlevé, la cautérisation doit être pratiquée dans le milieu de l'intervalle qui sépare deux tétées. Ces badigeonnages pourront être répétées toutes les 24 heures, s'il y a lieu ; mais, dans beaucoup de cas, un seul suffit.

Nous avons appliqué ce traitement à 23 nourrissons atteints de muguet. Dans 16 cas, une seule cautérisation a suffi à le faire disparaître radicalement ; dans 6 cas, nous avons dû avoir recours à deux cautérisations, et, dans trois cas, le blanchet n'a cédé qu'au troisième badigeonnage. Nous avons constamment observé que, le lendemain de l'application de nitrate, l'enduit blanchâtre se détachait facilement, en promenant un linge fin infecté sur les parties atteintes, lorsqu'il se reproduisait, il était moins confluent et cédait à une deuxième cautérisation.

Dans 3 cas, nous avons substitué le protargol à 1 pour 20 au nitrate d'argent. Le résultat a été également très bon : le muguet a complètement disparu après une cautérisation dans 2 cas, après un second badigeonnage dans le dernier cas. Mais il nous semble que cette substitution du protargol au nitrate n'a pas ici la même raison d'être qu'en ophtalmologie, étant donnée l'innocuité des applications de nitrate d'argent sur la muqueuse buccale.

Les badigeonnages de la bouche avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 30 nous paraissent, en somme, constituer une indication très simple et très active du muguet, destinée à remplacer avantageusement les collutoires boratés trop souvent inefficaces.

(*Lyon méd.—Gaz. méd. belge.*)

L'allaitement au lait stérilisé et ses rapports avec le rachitisme

par M AUSSET.

M. Ausset a recherché avec soin les stigmates de grand et de petit rachitisme sur 692 enfants. 456 étaient élevés au biberon ; 46 seulement n'offraient aucune trace de rachitisme, les 410 autres en étaient plus ou moins atteints ; 59 étaient soumis à l'allaitement.

tement mixte ; 34 étaient rachitiques et 15 non rachitiques ; 177 étaient élevés au sein, 158 d'entre eux n'offraient aucune trace de rachitisme ; 19 seulement, atteints d'entérite chronique, avaient des traces de rachitisme.

M. Ausset crit, comme M. Variot, que l'allaitement artificiel ne peut pas, par lui-même, causer le rachitisme ; ce n'est pas le lait de vache qui est le coupable, c'est la façon de le donner ; les tétées irrégulières ou surabondantes causent de l'entérite, et, par suite, du rachitisme aussi ; chez les enfants au sein non réglés et atteints d'entérite, on voit survenir également le rachitisme. Ce n'est donc pas à l'allaitement artificiel lui-même qu'il faut attribuer le rachitisme.

M. Comby trouve que la statistique de M. Ausset semble, au contraire, démontrer nettement l'influence nocive de l'allaitement par le lait de vache. Il suffit de comparer les chiffres pour arriver à cette conclusion.

(Gaz. méd. Belge.)

SYPHILIGRAPHIE

Traitement des syphilides palmaires

De tous les accidents cutanés de la vérole celui qu'on appelle improprement psoriasis palmaire se distingue par une ténacité particulière résistant souvent au traitement mercuriel le plus énergique poussé, jusqu'à la disparition de toutes les autres manifestations syphilitiques. Or d'après M. le Dr Ohmann-Dumesnil (de Saint-Louis), on parviendrait assez facilement à faire disparaître ces syphilides squameuses de la paume de la main, qui parfois affectent la forme d'une véritable hyperkératose, par l'application d'agents kératolytiques, notamment de l'acide salicylique, tout en instituant, bien entendu, un traitement spécifique général.

A cet effet, notre confrère se sert de l'une des deux préparations suivantes :

Acide salicylique..... 1 gr. 20
Ichtyol..... 2 gr.
Cold-cream..... 30 gr.

Mêlez. — Usage externe.

Acide salicylique..... 1 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 25
Collodion riciné..... 30 gr.

Mêlez. — Usage externe.

Lorsque, sous l'influence de la pommade ou du collodion salicylés, le psoriasis palmaire a complètement disparu, on prescrit, pour en prévenir la récurrence, la préparation ci-dessous formulée :

Calomel à la vapeur..... 1 gr.
Cold-cream..... 30 gr.

Mêlez. — Usage externe.

Avec cette pommade, le malade se frotte les régions palmaires chaque soir, au coucher, ayant soin de revêtir des gants pour la nuit.

(Semaine méd. — Form. mensuel)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES ULTERES PAR L'EAU CHAUDE

Voici le traitement recommandé par Bouilly.

1° *Bains locaux.*—Pour les régions susceptibles d'être immergées dans un vase, on plonge les membres dans un bain tiède dont on élève progressivement la température jusqu'à 50 et 55 degrés par l'addition successive d'eau chaude.

2° *Compresses d'eau chaude.*—Applicables sur les régions que l'on ne peut immerger dans l'eau, elles consistent en compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles et imbibées d'eau de 50 ou 55 degrés. On les renouvelle plusieurs fois quotidiennement.

On termine par l'enroulement autour du membre, de la bande élastique.

Il est utile de combiner ce traitement avec l'emploi d'un pansement à l'iodoforme, ou bien, selon une formule préconisée par M. Jules Simon, avec la poudre ainsi composée :

Charbon purement pulvérisé... }
Quinquina gris pulvérisé..... } à 5 grammes
Iodoforme..... }

On termine par un pansement ouaté et l'application d'un bandage compressif. Enfin, il est bon, quand l'ulcère siège sur les membres, de placer ceux-ci dans l'immobilité et l'élévation.

(Journ. de méd. de Paris.)

TRAITEMENT DU CHANCRE MOU

(BALZER)

Si le chancre siège au doigt à la partie cutanée du punis, appliquer la pâte suivante qui, en se séchant, constitue une sorte d'appareil sous lequel se fait la cicatrisation.

Chlorure de zinc..... 1 gr.
Oxyde de zinc..... 10 —
Eau..... 5 —

La peau saine environnante n'est pas attaquée

Supplément Littéraire

Comment on devient médecin dans l'empire Allemand

par L. HUGONNENG

(Suite)

Exceptionnellement, le temps consacré à des recherches scientifiques dans des laboratoires de sciences médicales peut venir en déduction de la durée réglementaire des divers stages hospitaliers. De cette dérogation ne bénéficient, en droit et en fait, qu'une infime minorité de jeunes gens destinés à assurer le recrutement des chaires non cliniques des Facultés de médecine (anatomie, physiologie, chimie physiologique, hygiène, pharmacologie).

En somme, libre accès de la profession médicale aux élèves des deux enseignements classique et moderne; cinq semestres d'études préliminaires, cinq semestres de clinique, un an de pratique exclusive, telle est, brièvement résumée, l'économie de la scolarité médicale en Allemagne.

Les différences profondes qui séparent l'organisation allemande de la nôtre résident dans le caractère pratique et sérieux ainsi que dans la multiplicité des examens cliniques et la rigueur minutieuse des sanctions qui assurent le fonctionnement efficace de cette machine un peu lourde, mais puissante et bien établie, enfin et par-dessus tout, dans l'institution d'une année pratique consacrée à la clinique pure. C'est là la base du système, et le défaut d'une organisation similaire est le vice fondamental de notre scolarité française.

Je sais bien que de tels règlements seraient, en France, fort difficiles à appliquer; pour une population qui est loin d'être le double de la nôtre, l'Allemagne a vingt Facultés et nous en avons sept; de là, un encombrement beaucoup moindre que chez nous. D'autre part, beaucoup d'Universités germaniques ont leur siège dans de petites villes dont la population n'excède pas 50,000 habitants: Heidelberg, Erlangen, Greiswald, Rostock, Göttingen, Freiburg, Bonn, Tübingen, Jena, Marburg, etc., sont dans ce cas. Dans ces petits centres, aucune préoccupation étrangère à l'activité universitaire ne vient troubler le calme des études; les professeurs peuvent consacrer à l'enseignement beaucoup plus de temps que certains de nos maîtres français. Néanmoins, la raison véritable n'est pas là.

En Allemagne, on demande beaucoup aux élèves, et, de leur côté, les maîtres ont intérêt à être avant tout des professeurs attachés tous les jours à une besogne longue et absorbante, mais lucrative et

honorée. Les cours sont fermés et l'élève paie le professeur, tout le secret du système réside dans ce principe.

Cette organisation est l'oeuvre du temps et aussi de l'émission des autorités souveraines, des princes minuscules comme ceux des duchés saxons de la Thuringe ayant autrefois mis leur orgueil à créer et doter des Universités puissantes qui vivent sur d'anciennes chartes et portent encore le nom latinisé de leur bienfaiteur.

Ce sont là des conditions que nous ne pouvons pas réaliser dans un pays comme le nôtre qui souffre d'une centralisation excessive et qui semble avoir atteint l'extrême limite des charges budgétaires qu'il est capable de supporter.

Peut-être de l'excès de ce mal sortira le remède; le salut est dans la rémunération de l'enseignement supérieur par les élèves qui viennent demander à l'Université le droit et les moyens d'exercer une profession qui fait vivre et peut même, par une rare fortune, conduire à une certaine aisance ceux qui prétendent l'exercer.

(Gaz. hebdom. méd. et chir.)

FRAUDEURS ET PLAGIAIRES

par le Dr FOVEAU DE COURMELLES

A lire et à méditer.

Fraudeur, plagier un produit, un procédé, un invention est évidemment en reconnaître la bonté l'excellence, l'utilité. C'est un moyen simple, commode, sans se fatiguer les méninges, friables sans doute, puisqu'incapables d'efforts de faire quelque chose de bien. Mais c'est aussi souvent imiter le geai se parant des plumes de paou; car, pour démarquer, le fraudeur ou le plagiaire qui n'a pas compris le procédé ou le produit dont ils s'empare, on élève un détail, un rien qui lui paraît insignifiant et qui est la base, la partie essentielle de la nouveauté.

En dehors de la malhonnêteté évidente, il y a péril pour le public qui, séduit par la découverte initiale et croyant l'utiliser, est ainsi induit en erreur et n'emploie que des procédés ou des produits défectueux.

On est désarmé longtemps, toujours parfois, contre ces manœuvres déloyales, faites dans l'ombre, et par hasard... éclairées, quand elles le sont. On ne peut que les stigmatiser. Et, cependant, si les volés voulaient agir, si les honnêtes gens se voulaient liguier, quelle force ils auraient, car, malgré maints contempteurs du temps présent, nous croyons encore à l'honnêteté contemporaine!

Je sais bien que la spécialité pharmaceutique est née de recettes heureuses, agréables... trouvées au

bout du mortier ou du pilon, de mélanges délicieux masquant des médicaments rebutants, mais surtout, c'était du moins l'opinion du regretté professeur Potain, qui l'exprimait bien hautement, de mauvaises ou incomplètes exécutions des ordonnances médicales. Tout le monde sait qu'en dehors des... erreurs de poids sur les médicaments coûteux, on peut encore substituer des médicaments moins chers, de l'iodure de potassium au bromure, par exemple, ou encore utiliser des plantes avariées... De là, le succès des spécialités et des alcaloïdes. Au "Congrès de thérapeutique" de 1899, me basant sur la variété de composition des plantes selon leur âge, leur récolte, leur croissance dans des terrains déterminés... je donnai la préférence aux alcaloïdes; cependant, si l'on était sûr des plantes médicamenteuses utilisées, que de principes non encore isolés qui donneraient des actions curatives merveilleuses. Certaines spécialités agissent ainsi, d'où leur succès et bientôt... leur plagiat!

On prend un nom approchant, une appellation de même euphonie, et le tour est joué. On fait cela au loin, à l'étranger, au Brésil, au Canada, en Grèce, en Turquie, etc... et les bons confrères parisiens, à spécialité florissante, s'étonnent bientôt d'un discrédit soudain et immédiat. Ils s'informent et voient que bientôt, appliquant la devise du Basile de Beaumarchais parodiée, un montsieur quelconque s'est dit un beau jour: "Fraudons, fraudons, il en restera toujours quelque chose". Ce quelque chose restant entre ses doigts, ce sont de beaux deniers comptant d'abord, la honte ensuite!

Les médecins connaissent bien les dangers de ces plagiats, de ces vols; souvent, quand il s'agit de leurs travaux scientifiques, un industriel quelconque—chevalier d'industrie, pourrait-on dire—les vulgarise à rebours et à son profit, et la réclame agissant, s'enrichit aux dépens du véritable inventeur; la presse politique, la grande Presse ne vit plus que par la publicité, mais combien il en est de déloyales dans ces annonces à grand fracas! En ce moment, elle retentit du nom d'un produit soi-disant employé dans un hôpital parisien où il n'a jamais pénétré... bien entendu, il y fait, il y peut faire ainsi les plus merveilleuses guérisons! Viendrait-on signaler le fait à l'administration du journal, lui signalerait-on un inventeur qu'elle aide à dépouiller, que, sans beaucoup de denier... on ne *marcherait* pas pour la justice et l'équité. Voilà qui fait croire aux esprits chagrins à la malhonnêteté générale, mais il faut rendre à César!... Si un médecin ou un pharmacien réclament, l'administration du journal s'imaginant que d'imprimer leur nom, cela va remplir l'officine ou le cabinet de clients innombrables!... Qu'elle erreur est celle-là, et de combien peu de rapport effectif est le meilleur et même le plus vrai, des articles, sur une découverte scientifique quelconque.

Un danger notamment des fraudes médicamenteuses, est, dans l'accoutumance, apparente seulement, que

semble offrir le malade à certains médicaments, ce qui fera que le médecin augmentera les doses, et que le malade changeant, par exemple, de pharmacien, tombant sur un honnête homme, fait commun, pourra être empoisonné.

Guerre aux fraudeurs! Guerre aux plagiaires, guerre aux voleurs enfin! Il y a là une œuvre de solidarité à accomplir. Bien souvent les intéressés n'en voient l'importance que lorsqu'il est trop tard.

Comme je l'ai dit plus haut, on utilise un homonymie, une ressemblance... et le bon public, induit en erreur *marche!* Ainsi on profite des efforts, de la célébrité de la publicité de ses devanciers, sans heurts, dépenses... Nous sommes à l'âge d'or du vol ou de la fraude. Malgré des insertions, des comptes rendus académique, ou des soi-disant mesures de protection légale qui coûtent fort cher... le fraudeur surtout est protégé contre l'honnête homme. C'est le cas des forçats de la *Nouvelle* plus favorisés à Nouméa et mieux défendus contre les Canaques que les colons! Quand donc les honnêtes gens, qui sont le nombre, se décideront-ils à abandonner leur préjudiciable je m'enfichisme. Ecrasés d'impôts, privés du bénéfice de leurs efforts, appauvris, ils s'y décideront sans doute, poussés par la faim comme le loup hors du bois; ils seront alors des moutons enragés, et gare aux voleurs! Mieux, qu'ils s'associent et s'entendent, mettant à l'index les brebis galeuses de leurs corporations, et supprimant de celles-ci les sources de bénéfices, en veillant aussi à la bonne répartition de leurs procédés ou de leurs produits! Crions sus au *faux!*

Mieux, empêchons-le de se produire. C'est une question d'intelligence et d'entente. A l'étranger, en l'occurrence, le problème paraît résolu, et nous avons là, sous les yeux, des journaux de langue française, où il est question de produits fraudés importés et la dénonciation en est faite en termes clairs et dignes. Que ne les imite-t-on en France? Nous sentons les esprits s'éveiller, s'agiter et nous suivre, mais il faut se hâter et couper le mal en sa racine, stigmatiser et surtout *affamer*—ce qui est possible et simple—en les mettant à l'index, les fraudeurs et les plagiaires!

(*La consultaton médical.*)

Eh bien! Mam'Pipelet, et votre mari? Il paraît qu'il a le délirium.

—Oui! mais tout espoir n'est pas perdu, car, en partant, le docteur m'a dit que ce délirium était très mince.

Contact d'épidermes. ***

—Quel est ce monsieur que vous quittez à l'instant et avec lequel vous paraissez en si bons termes?

—Oh! c'est un homme qui me touche de près.

—Un proche parent?

—Non, c'est mon masseur.

Travaux Originaux

CORRESPONDANCE PARISIENNE

par M. le Dr Z. RHEAUME.

Une visite dans les hôpitaux de Paris.

Pour un étranger qui arrive à Paris, avec l'idée arrêtée de voir du luxe dans les hôpitaux, il y a certainement déception. Sauf quelques rares exceptions, ce sont de vieux édifices auxquels on a fait que peu ou pas de restauration. A plusieurs endroits l'installation des salles d'opération est assez rudimentaire. Chez certains chirurgiens, on tolère les fumeurs dans l'amphithéâtre, tandis que chez certain gynécologiste, personne ne peut entrer dans l'enceinte opératoire, dans l'amphithéâtre, ou même dans le service, sans être vêtu d'une blouse stérilisée.

De sorte que, même à Paris, on voit l'asepsie pratiquée à outrance chez beaucoup de chirurgiens, tandis qu'elle laisse à désirer chez d'autres.

Les médecins Canadiens à Paris.

La colonie des médecins canadiens à Paris, est actuellement assez nombreuse. L'autre jour, au cours de Hartmann, professeur de technique opératoire en gynécologie, j'ai compté dix compatriotes. Presque tous feront de la chirurgie lorsqu'ils seront retournés au Canada. On peut donc s'attendre à une grande compétition dans nos villes canadiennes où il y a déjà encombrement assez prononcé.

De l'anesthésie par l'éther au le chloroforme précédée d'inhalations.

Dans le service de M. le professeur Le Dentu, l'éther est presque exclusivement employé pour l'anesthésie générale. Mais, comme il faut des doses assez considérables pour produire l'anesthésie complète, on a eu l'idée de provoquer d'abord l'état anesthésique par le bromure d'éthyle et de le maintenir ensuite par l'éther.

Comme on le sait, le bromure d'éthyle, administré brutalement en étouffant le patient, produit l'anesthésie dans, à peu près, une minute.

En agissant ainsi, on supprime une grande quantité d'éther que le sujet aurait absorbée autrement, et on évite les accidents de la première période de la

chloroformisation, si l'anesthésie est maintenue avec le chloroforme.

M. Le Dentu ne voit aucune contre-indication à l'emploi successif des anesthésiques au bromure d'éthyle.

Le chlorure d'éthyle pourrait aussi bien être employé que le bromure. Ils agissent aussi bien l'un que l'autre, et les accidents qu'ils peuvent produire sont aussi anodins avec l'un qu'avec l'autre.

L'Adrénaline.

Ce médicament nouveau est appelé à jouer un grand rôle en rhinologie, en laryngologie et dans la chirurgie des muqueuses en général.

L'adrénaline est certainement le plus puissant des vaso-constricteurs; c'est pour son action vaso-constrictrice qu'on l'emploie.

Découverte en 1901 par Takanieve (de New-York), c'est le principe actif des capsules surrénales. Appliquée sur une surface absorbante, l'adrénaline a la propriété de suspendre momentanément la circulation dans les régions qu'elle touche.

Voici ce qu'en dit M. Marcel Lermoyez, dans le dernier numéro de "La Presse Médicale:"

"Lorsque sur une surface absorbante, telle encore la muqueuse complaisante du nez, on fait un badigeonnage avec une solution très faible d'adrénaline (1 pour 2,000 à 1 pour 3,000), aucune impression n'est ressentie, bonne ou mauvaise. Cependant, presque immédiatement, la muqueuse blanchit, se rétracte et semble disparaître; l'os s'est comme dépouillé pour se montrer à nu. Cinq minutes après cet atouchement, il est loisible de tailler la cloison, de rogner les cornets, sans que du sang coule de ce nez où tout à l'heure l'introduction brusque d'un doigt eût suffi à produire une épistaxis. Et, pendant une demi-heure et plus, peut se faire à blanc de la médecine opératoire dans les fosses nasales qui y demeurent indifférents, 'perinde ac cadaver.'"

Puis, il ajoute: "Déjà, plus d'une fois, seul, n'ayant d'autres aides que la cocaïne et l'adrénaline, j'ai pu redresser des cloisons déviées, sans guère plus d'effusion de sang que si j'en eusse fait le simple examen; j'ai pu gratter à blanc des lupus de la pituitaire; hier encore, j'exécutais, sans d'autre linge que le mouchoir du patient, une ablation du cornet inférieur, excellente opération devant laquelle l'abondance cer-

taine de l'hémorrhagie nous laissait souvent hésitants."

A New-York, j'ai vu le docteur Wheeler employer, avec succès, l'adrénaline, pour des opérations analogues à celles rapportées par M. Lermoyez. Mais au lieu d'employer l'adrénaline pure, il se servait du bromure d'adrénaline. Je crois que le bromure a, en plus, un léger effet analgésique.

Il est à espérer qu'on ne découvre pas de contre-indications à l'emploi de ce nouveau médicament, et que son usage se généralise à la Chirurgie Générale, 20 rue de l'Estrapade, Paris.

Revue des journaux

MÉDECINE

Le serum antidiphthérique, ses avantages et ses inconvénients.

par le Dr PAUL HUGUENIN.

Le sérum antidiphthérique de Behring-Roux subit, en ce moment, le sort des choses qui ont provoqué à leur apparition un énorme engouement, un enthousiasme irréfléchi: son étoile pâlit et ses détracteurs prennent de plus en plus d'assurance. Est-ce justifié? Hàtons-nous de répondre: Non. Cependant, est-ce un remède parfait, infaillible et sans danger? Non, évidemment non! Soutenir le contraire serait d'une outrecuidance déplacée et impardonnable, en même temps que ce serait une grossière erreur. D'ailleurs, quel est le remède héroïque qui n'a pas quelques inconvénients graves à son actif? Quinine, salicylate, fer, arsenic, coca et cocaïne, opium, chloroforme, éther, antipyrine, etc.?

Pourquoi exiger du sérum plus de perfections que des drogues chimiques ou végétales? C'est injuste et antiscientifique. D'ailleurs, les inconvénients et les dangers des médications viennent souvent des sujets auxquels on les applique (tempéraments extra-nerveux, scrofulo-tuberculeux, alcooliques, dégénérés) ou des personnes qui les appliquent (négligences, malpropreté, insuffisance d'instruction). Nous maintenons, avec M. Roux et l'Académie tout entière, que le sérum anti-diphthérique est un remède merveilleux, doué d'une puissance remarquable, susceptible de sauver bien des existences humaines et sans danger sérieux, pourvu qu'il soit préparé convenablement et

injecté avec les précautions les plus minutieuses d'asepsie.

Non seulement, c'est le remède souverain, et à peu près unique de la diphthérie confirmée, mais c'est le plus sûr moyen prophylactique, dont nous disposons pour empêcher la contagion en temps d'épidémie. Dans un récent rapport fait à l'Académie par M. le Dr. Sevestre, sur les recherches de MM. Netter, Bourges et Bergeron, sur la valeur de ce moyen prophylactique, l'éminent maître de la Poediatric Française a conclu en ces termes.

"1° Les injections préventives de sérum ont une action manifeste; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphthérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares, où, malgré l'injection, la diphthérie était survenue, elle était particulièrement bénigne;

2° Les injections de sérum sont particulièrement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphthérie, pour préserver de la contagion les autres enfants;

3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital), dans laquelle a été signalé un cas de diphthérie;

4° Même en l'absence d'un cas de diphthérie constaté, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (rougeole, scarlatine). Toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraît moins certaine, les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées;

5° La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces."

Nous allons d'ailleurs revenir en quelques lignes sur la sérumthérapie et sur les complications que cette méthode peut amener.

I.

Technique de la Sérumthérapie Antidiphthérique.

Le sérum de Behring-Roux est du sérum de cheval ayant subi des injections progressivement virulentes de cultures du bacille de Klebs-Loeffler; injecté dans le tissu cellulaire, ce sérum est rapidement résorbé; il a la propriété de dissoudre toutes les fausses membranes fibrineuses en quelque lieu qu'elles se produisent (gorge, nez, alvéoles pulmonaires, peau, etc.);

il a, de plus, la propriété de détruire les toxines secrétées par le bacille de Loeffler et de rendre le terrain impropre à la culture de ce microbe. C'est par ces trois mécanismes qu'agit le sérum antidiphthérique.

Avant de le livrer à la consommation, l'Institut Pasteur l'additionne d'une petite quantité de camphre pour en assurer la plus longue conservation. Chaque flacon porte sur son enveloppe de bois 10^{cc}: il est bouché de caoutchouc et scellé. Avant de l'utiliser, il est important de vérifier le sceau; le bouchage, la date (trois mois, au maximum, mais, de préférence, un mois seulement) et surtout, le degré de limpidité. Le sérum de bonne qualité doit être transparent et jaune plus ou moins ambré. Il ne faut pas déboucher le flacon avant d'avoir tout préparé (seringue, aiguille et peau du malade et de l'opérateur).

Voici, en effet, quelles sont les précautions à prendre pour les injections de sérum :

Tout d'abord, il faut faire l'asepsie rigoureuse de l'appareil instrumental. La seringue, qui doit être d'une contenance d'environ 20 cc., sera immergée avec son armature métallique dans un récipient contenant de l'eau bouillante; on aura soin de desserrer un peu les pas de vis de l'armature, afin d'éviter le bris du cylindre du corps de pompe, au moment de la dilatation par la chaleur. Le tube de caoutchouc servant de raccord entre la seringue et l'aiguille, ainsi que l'aiguille à injection, sont également immergés dans l'eau bouillante et bouillis pendant un quart d'heure. Quand cette aiguille est en platine iridié, il suffit de la flamber à l'alcool.

Les mains de l'opérateur seront lavées soigneusement au savon, les ongles brossés, puis on rincera le tout au sublimé au millième; mais on ne les essuiera pas.

La région où l'on doit faire l'injection est généralement la peau de la paroi latérale du thorax au voisinage des fausses côtes, à droite ou à gauche; cette région est lavée au savon, à l'éther et au sublimé au millième, et essuyée avec un tampon également humide de sublimé.

On débouche alors le flacon de sérum et on charge la seringue, autant que possible sans transvaser le sérum dans un autre récipient (quelques flacons ont un goulot trop étroit pour laisser pénétrer le tube de raccord en caoutchouc jusqu'au fond et force est bien alors de transvaser le sérum dans un verre lavé à l'eau bouillie, pour charger la seringue dans ce verre).

Le malade étant couché sur le côté opposé à la région où l'on a décidé de faire l'injection, on saisit un épais bourrelet de peau avec le tissu sous-cutané, entre le pouce et l'index et on plante d'un coup sec,

mais oblique, de façon à ne pas butter sur les côtes et à ne pas pénétrer dans un espace intercostal, l'aiguille en platine iridié préalablement passée dans la flamme bleue et rougie à blanc pour la stériliser. On attend une demi-minute pour voir si le sang ne se présente pas à l'orifice de l'aiguille et on adapte le tube-raccord de caoutchouc et la seringue chargée de sérum.

On maintient le tube de caoutchouc fixé à l'aiguille avec la main gauche et on pousse l'injection lentement en tenant la seringue verticale. Le sérum forme une boule saillante dans le tissu cellulaire sous-cutané; on se garde bien de la masser et on retire brusquement l'aiguille avec le caoutchouc et la seringue, en ayant soin d'obturer le petit orifice cutané avec l'index gauche. Un petit tampon d'ouate hydrophile est appliqué sur cet orifice et un badigeonnage collodionné maintient le tout en place hermétiquement clos.

Au bout d'une heure environ, l'absorption est complète et la boule saillante disparaît; c'est à peine s'il persiste une minime douleur comparable à une contusion.

En ce qui concerne les quantités à injecter; Chez les enfants au-dessous d'un an, injecter autant de centimètres cubes que l'enfant a de mois.

De 1 à 15 ans, 10 à 20 centim. cubes. Au-dessus de 15 ans, si le cas paraît exceptionnellement grave, on peut d'emblée injecter 30 à 40 centim. cubes, mais en deux piqûres, une de chaque côté du thorax.

Dans les cas de "diphthérie pure bénigne," une seule injection peut suffire à arrêter le processus infectieux: les fausses membranes tombent, ne se reproduisent pas; l'état général ("pouls, respiration, température) redevient satisfaisant.

Dans les cas de "diphthérie pure grave," si le 2^{ème} jour la température se maintient élevée, le pouls fréquent, la respiration gênée, que l'état local ne se modifie pas ("fausses membranes abondantes et tenaces, réaction ganglionnaire intense"), il faut faire une nouvelle injection de 10 à 20 cc. Le 3^{ème} jour, une nouvelle injection de 15 à 20 c. c. peut devenir nécessaire, si l'état ne change pas. La présence de l'albumine dans les urines n'est pas une contre-indication. D'une façon générale, 50 cc. au maximum suffisent pour enrayer l'angine diphthérique.

Dans les cas de "Diphthérie associée," où le bacille de Loeffler est associé au staphylocoque ou surtout au streptocoque, le sérum de Roux se montre moins efficace; aussi doit-on lui associer le sérum antistreptococcique de Marmorek, qui paraît le secondier en modifiant l'état local, sans cependant avoir grande influence sur l'état général. On injecte le sérum antidiphthérique à la dose de 20 c. c., le sérum

antistreptococcique, à la dose de 10 cc., renouvelée chaque jour tant que persistent les accidents imputables au streptocoque. Parmi ces derniers, le plus redoutable est la broncho-pneumonie qui vient fréquemment compliquer l'angine.

Dans les "cas de croup," l'injection peut souvent éviter l'intervention chirurgicale ("tubage ou trachéotomie"). En présence d'un enfant qui a du tirage, ne pas se presser d'opérer, puisque 24 heures sont quelquefois nécessaires pour que le sérum manifeste toute son efficacité; déterminer depuis combien d'heures ce tirage existe, s'il va en augmentant, et si l'asphyxie n'est pas menaçante, patienter. Si l'intervention chirurgicale est urgente, pratiquer l'injection de sérum comme dans les cas d'angine diphthérique étudiée plus haut.

"Traitement local."—Le traitement par le sérum exclut tous les traitements locaux qui déterminent un traumatisme de la gorge, comme les caustiques ou les antiseptiques forts: acide phénique, sublimé. Roux conseille les grands lavages, 3 fois par jour, avec un irrigateur rempli d'eau boriquée de liqueur de Labarraque dans un litre d'eau bouillie. On peut pratiquer des attouchements avec de la glycérine salicylée à 5 p. 100 (Martin).

"Moyens adjuvants et diététique."—Vaporiser dans la pièce où séjourne le malade de l'eau bouillante, pour maintenir une atmosphère humide favorable au détachement des fausses membranes.

Combattre la fièvre par des bains tièdes ou froids.

Alimentation composée de thé, de boeuf, bouillon américain, purées, oeufs, lait de poule, peptones. Le régime lacté exclusif est indiqué dans les cas d'albuminurie intense. Toniques: alcool, café, extrait de quinquina, 2-4 gr. En cas d'adynamie et de colapsus: injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel.

Le sérum antidiphthérique n'est pas employé seulement contre la diphthérie; on l'a conseillé et utilisé avec succès contre l'ozène et la rhinite atrophique à la dose de 15 cc. à 20 cc. tous les trois ou quatre jours ou seulement tous les huit jours, selon les cas.

M. le Dr. Talamon a obtenu de bons résultats par l'emploi du sérum antidiphthérique contre la pneumonie franche aiguë; mais, à condition de l'injecter le premier ou le second jour au plus tard. L'action abortive est alors absolument nette et indiscutable; la dose doit être de 40 cc à 50 cc de sérum par jour, pendant deux, trois et quatre jours.

Peut-être indiquera-t-on, dans l'avenir, une autre application pratique du sérum de Roux; pour le moment, les résultats qu'il donne sont remarquablement puissants et étendus.

II.

Dangers et Inconvénients.

Nous arrivons maintenant au réquisitoire fulminant dirigé contre le sérum par ses détracteurs et aux chefs d'accusation qu'ils lui imputent. "Le sérum est une décoction de poisons, un bouillon de toxines, qui vicia le sang et rend l'organisme débile et altéré pour l'avenir: les enfants injectés au sérum en conservent toujours quelque empoisonnement prolongé."

Erreurs et calomnies, préjugés et sottises, voilà comment l'on doit traiter ces grossières invectives. Et d'ailleurs, y a-t-il lieu de s'en étonner? Le vaccin antivariolique n'en a-t-il pas suscité bien d'autres? Cependant, tous les gens ne reculent plus aujourd'hui devant la vaccination, en présence des dangers de la variole.

Le sérum antidiphthérique est évidemment une infusion de toxines, mais dont l'introduction dans le sang est parfaitement justifiée par la crainte que la maladie produite par le bacille de Loeffler n'empoisonne mortellement l'organisme de ses toxines mille fois plus virulentes. N'a-t-on pas dit déjà depuis des siècles "De deux maux, il faut choisir le moindre."? Il est bien certain que tous les traitements, quels qu'ils soient, sont des maux ou des mauvaises choses, mais ils sont cent fois et mille fois moindres que les maladies qu'ils combattent. Mieux vaut ne pas se servir de sérum, mais qu'est cela auprès des dangers terribles de la diphthérie?

Voici d'ailleurs ce que peut amener le sérum: 1° Au bout de 5, 6, 8, 10, 15 jours (cela varie), le malade injecté de sérum peut éprouver quelques douleurs articulaires: arthralgies du sérum. Ces douleurs peuvent être vives, mais elles sont toujours fugaces, essentiellement ambulantes, et capricieuses. Elles frappent les pieds, les jarrets, les coudes, les hanches, les épaules, les poignets, le cou, la colonne vertébrale, sans méthode, sans suite. Le meilleur traitement consiste en application de flanelle chaude imbibée de baume de Fioraventi ou de baume tranquille. Généralement, les douleurs durent de 4 à 10 jours au maximum.

2° Au lieu d'arthralgies, ou plutôt, en même temps que les arthralgies, apparaissent souvent des éruptions plus ou moins polymorphes: tantôt, c'est de l'urticaire pure; tantôt, c'est de l'érythème scarlatiforme; tantôt, il y a mélange de plusieurs de ces types.

On conçoit que le diagnostic soit forcément hésitant, en présence de ces phénomènes. La rougeole ou la scarlatine peut très bien apparaître au cours de la diphthérie, même traitée par le sérum. Cependant, il est rare que les symptômes de l'intoxication sérothérapique soient aussi complets: il a bien l'éruption

morbilleuse cutanée; mais, il n'y a pas les catarrhes, il y a bien l'érythème scarlatineux, mais sans l'angine. En revanche, ces éruptions sont accompagnées de prurit et d'élévation de température (39°, 40°, 41° même). Souvent, aussi, il y a un peu d'albuminurie, de la diarrhée et des vomissements. Contre ces accidents, il faut naturellement prescrire le repos au lit, le régime lacté absolu et l'application externe d'un anti-prurigineux, en lotions :

Menthol..	1 gr.
Alcool à 90°..	50 gr.
Alcoolat de lavande..	100 gr.

3° Enfin, il peut survenir des troubles intestinaux seuls, des coliques avec diarrhée profuse et selles sanguinolentes.

En général, toutes ces complications durent de 6 à 10 jours et ne laissent aucune trace. Malgré toute l'apparence inquiétante qu'elles peuvent revêtir, ces manifestations réactionnelles du sérum équin guérissent toujours, quoiqu'on en dise, à moins qu'un traitement intempestif ne vienne compliquer la situation ou qu'on n'ait injecté avec le sérum quelque malpropreté (érysipèle, tétanos, tuberculose, typhus, peste, etc.) par négligence ou par mauvaise préparation du fournisseur de sérum.

La conclusion doit donc être celle-ci: "Dès que l'on soupçonne une angine ou une laryngite d'être diphtérique, même avant tout examen bactériologique, dès qu'un cas suspect a éclaté dans une famille, n'hésitons pas; injectons hardiment le sérum, et n'attendons pas les événements. Au pis aller, le sérum n'entraînera aucune conséquence fâcheuse."

(Le concours Médical)

De la lithiase intestinale

M. Boinet (de Marseille).—Dans six cas de lithiase intestinale chez la femme, une seule malade était atteinte de goutte et les manifestations goutteuses alternaient avec les débâcles de sable intestinal. Chez toutes ces malades, la lithiase intestinale a été précédée d'entéro-colite muco-membraneuse avec stase des matières fécales et constipation, et paraissait liée à ce que l'on a appelé le catarrhe lithogène, dans lequel la stase, les lésions de la muqueuse, l'excès de matières mucoïdes, ont favorisé le dépôt de phosphate et de carbonate de chaux.

Chez l'enfant, ainsi que le constatent souvent les médecins de Châtel-Guyon, il existe plutôt une entérite muqueuse à rechute avec périodes de constipation spasmodique suivies d'expulsion de sable intestinal; à ce moment, le côlon, contracté spasmodique-

ment, donne la sensation bien connue de "corde colique." Parmi ces petits malades, beaucoup sont nerveux et de souche arthritique.

M. Mazeran (de Châtel-Guyon).—La lithiase intestinale est toujours liée à une colite membraneuse concomitante. On doit considérer cette affection comme un épisode clinique dans le cours d'un processus morbide complexe commençant par la constipation, bientôt suivie d'entérite muco-membraneuse, et terminé par la lithiase. A ces trois états cliniques correspondent trois stades anatomo-pathologiques: inertie intestinale, sécrétion réactionnelle, dite de défense, et fermentation complexe. C'est avec les données précédentes que l'on doit orienter la thérapeutique, qui doit répondre aux trois indications suivantes: 1° empêcher la production des fermentations; 2° modifier la muqueuse digestive; 3° modifier l'intestin.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Du rôle de l'insuffisance hépatique dans la genèse des accidents provoqués par certains médicaments

L'insuffisance hépatique se traduit par des troubles dans l'élimination de certaines substances, de certains médicaments, troubles pouvant avoir comme aboutissants des accidents dont la gravité et l'intensité sont proportionnelles à l'état anatomique et fonctionnel du foie, à la nature, à la quantité de substance absorbée et non éliminée. M. Deléage rapporte quelques faits qui expliquent la genèse de ces accidents:

Le premier a trait à un sujet atteint de syphilis scléro-gommeuse du foie et de la rate avec induration et hypertrophie considérables de ces organes, et présentant les symptômes urologiques et généraux de l'insuffisance presque complète du foie. Une dose quotidienne de 2 grammes de KI provoqua, au troisième jour, une énorme ecchymose occupant toute la moitié droite postérieure du tronc et des membres inférieurs droits, et des troubles cérébraux. Une ponction donna issue à dix litres de liquide teinté de sang. La suffusion sanguine sous-cutanée disparut; mais, quelques jours après, une nouvelle dose de KI prescrite par un médecin non au courant des accidents antérieurs, provoqua, au troisième jour, une hémorragie sous-cutanée encore plus étendue, des épistaxis abondantes, du délire; le malade succomba avec des symptômes d'intoxication grave.

Le deuxième cas concerne un malade atteint de cirrhose hypertrophique avec coloration bronzée de la peau, oedème sans albuminurie, et qui, à deux re-

prises, après l'ingestion de deux doses de 0 gr. 30 de KI, eut une tuméfaction considérable des parotides et des glandes sous-maxillaires.

On peut rapprocher de ces accidents provoqués par l'iodure ceux déterminés par l'antipyrine, qui sont en rapport aussi avec des troubles fonctionnels du foie. En voici des exemples :

1° Un sujet atteint de lithiase biliaire avec albuminurie, sans signes de brightisme, et présentant les symptômes urologiques de l'insuffisance hépatique (urobilinurie, indicanurie, oligurie, urines hyperacides et hypertoxiques), présente à la suite de doses de 0 gr. 25 d'antipyrine, une bouffissure énorme, érysipéleiforme, de la face et des espaces interdigitaux, diminution de l'émission urinaire, augmentation de l'albuminurie.

2° Femme subictérique, à la suite d'une colique hépatique avec dyspepsie par fermentations anormales, qui présenta, après trois doses de 0 gr. 50 d'antipyrine, des manifestations cutanées érysipéleiformes de la face et de la vulve. Chez ces deux derniers malades, les accidents cédèrent rapidement après l'administration de purgatifs salés, de grands lavages intestinaux et du régime lacté.

(*Jour. de méd. de Paris*)

Les melanodermies d'origine biliaire

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet montrent que la cholémie joue un rôle considérable dans la production d'un grand nombre de melanodermies généralisées ou localisées, spontanées ou provoquées. C'est l'observation d'un grand nombre de cas de cholémie familiale ou de maladies diverses du foie, entraînant la présence de pigments biliaires dans le sérum sanguin, qui les a amenés à cette conclusion. Chez leurs malades, ils ont noté avec une fréquence particulière la présence sur les téguments, et particulièrement sur la face, de naevi pigmentaires divers (notamment de grains de beauté), de taches de rousseur, de taches biliaires, répondant aux taches hépatiques des anciens auteurs, tantôt isolées, tantôt ayant l'aspect d'une pigmentation périoculaire plus ou moins marquée, tantôt constituant un véritable masque (masque biliaire); le masque de la grossesse et les diverses pigmentations gravidiques (ligne brune abdominale, pigmentation des seins) semblent souvent influencés par la cholémie. D'autres fois la pigmentation est diffuse; dans ces cas elle peut donner au visage l'aspect gris terreuse habituel chez les cirrhotiques. Ces pigmentations, lorsque surtout on les observe à la face, constituent autant de signes révélateurs, caractérisant le facies cholémique.

Dans un autre groupe de faits, la cause occasionnelle de la pigmentation est plus nette, mais le rôle de la cholémie n'en est pas moins évident, et MM. Gilbert et Lereboullet rapportent des observations où ils ont constaté, chez des cholémiques, des pigmentations consécutives à la chaleur, au grattage, à l'application de vésicatoires. Il en est de même des pigmentations consécutives aux dermatoses, et des melanodermies phtiriasiques, où, à deux reprises, ces auteurs ont pu mettre en relief le rôle de la cholémie. Certaines pigmentations d'origine médicamenteuse (arsenic, antipyrine) peuvent être également influencées par la présence de pigments biliaires dans le sérum. Le rôle de la cholémie est enfin hors de doute dans certains cas d'ictère noir, analogues à celui que présentent MM. Gilbert et Lereboullet. Dans ce cas, il s'agit d'un ictère à poussées successives, remontant à la naissance; la pigmentation généralisée et remarquablement intense, commence après chaque poussée d'ictère et disparaît lorsque l'ictère a lui-même disparu. Les pigmentations des muqueuses sont exceptionnelles, mais peuvent s'observer dans certains cas.

L'examen histologique, pratiqué dans quatre cas, a montré l'exagération de la pigmentation épidermique normale; les cellules de la couche basilaire de l'épiderme étaient bourrées de granulations pigmentaires, noires, abondantes dans les couches plus superficielles du corps muqueux de Malpighi, puis disparaissant complètement; les amas pigmentaires dermiques faisaient presque entièrement défaut. Les granulations pigmentaires n'ont pas donné les réactions des sels de fer et paraissent en tout semblables aux granulations de mélanine du pigment normal.

Dans ces melanodermies d'origine biliaire, le rôle de la cholémie est hors de doute. Elle n'agit pas seulement en excitant la fonction pigmentaire de l'épiderme; elle paraît surtout intervenir en apportant aux cellules épidermiques le pigment aux dépens duquel elles peuvent former la mélanine. Suivant l'activité de ces cellules, suivant l'intensité et l'ancienneté de la cholémie, la pigmentation est plus ou moins marquée, apparaît spontanément ou est provoquée par une cause accidentelle (chaleur, grattage, vésicatoire, etc.). On peut, d'ailleurs, concevoir cette exagération de la fonction pigmentaire de l'épiderme comme un moyen de défense opposé à la cholémie. Le pigment biliaire circulant est ainsi fixé et transformé. On peut même se demander si, dans la pigmentation normale de la peau, le sérochrome ou pigment normal du sérum n'intervient pas la présence d'une cholémie physiologique légère. Au degré près, la pigmentation normale de la peau ne diffère pas anatomiquement de la pigmentation pathologique; on

conçoit que les mêmes éléments pathogéniques: cholestémie et fonction pigmentaire de la cellule épidermique, interviennent dans les deux cas.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

CHIRURGIE

L'évolution du cancer de l'estomac

M. Kronlein (de Zurich) a voulu résoudre les deux questions suivantes: 1° le cancer de l'estomac est-il susceptible d'une guérison opératoire radicale, et 2°, dans la négative, l'opération a-t-elle du moins pour effet une prolongation de la vie du patient, comparativement aux résultats de la médication interne? Il s'est basé, pour cela, sur un ensemble de 264 faits, dont 67 non soumis à l'intervention chirurgicale et 197 opérés.

En ce qui concerne la nature de l'intervention, il a été fait 73 laparotomies exploratrices, 74 gastro-entérostomies et 50 ablations du néoplasme; 22 des opérés sont encore vivants à l'heure actuelle (9 cas de gastro-entérostomie et 13 de résection de l'estomac).

Quant à la durée moyenne de la vie, selon les différents modes de traitement, M. Kronlein a trouvé que les sujets non opérés ont vécu en moyenne cent deux jours à partir de l'examen. Ceux qui ont été soumis à la laparotomie exploratrice—les lésions étaient évidemment ici un peu moins avancées que chez les précédents—ont survécu en moyenne cent quatorze jours. Ceux enfin chez qui on a fait la gastro-entérostomie ont vécu en moyenne trois mois de plus que les non-opérés. M. Kronlein compte, en outre, une guérison datant de huit ans, une autre de quatre ans et deux de trois ans.

Il résulte de ces faits que l'intervention pour cancer de l'estomac, tout en n'ayant, dans la plupart des cas, que la valeur d'un traitement palliatif, permet cependant d'obtenir une prolongation de la vie, et surtout une diminution notable, sinon complète, des symptômes morbides. Les résultats seraient certainement plus favorables si les patients étaient adressés au chirurgien dès les premiers signes de la maladie.

M. Lengeman (de Breslau) a étudié dans 20 cas de cancer de l'estomac l'état des ganglions lymphatiques stomacaux, dans l'intention de recueillir des données précises pour le manuel opératoire de la résection de l'estomac. Ses investigations ont porté sur 189 ganglions, et il a eu soin d'examiner également les ganglions les plus petits.

Il a pu constater ainsi que 40 pour 100 des gan-

glions situés sur la grande courbure et 50 pour 100 de ceux qui occupent la petite courbure, étaient envahis par le néoplasme. Ces résultats confirment pleinement les conclusions auxquelles est arrivé M. Cunéo; ils démontrent la nécessité d'enlever les ganglions autant que faire se peut. Il est évident que leur extirpation, surtout au niveau de la petite courbure, complique notablement l'intervention. Il n'en est pas moins indispensable d'aller aussi loin que le permettent les forces du malade et d'enlever même les ganglions qui n'auraient pas un aspect nettement cancéreux.

(*Gaz. hebdom. méd. et chir.*)

Les abcès sous diaphragmatiques

M. Körte a eu l'occasion d'opérer 60 cas d'abcès sous-diaphragmatiques. Ils se répartissaient de la manière suivante, relativement à leur étiologie:

27 étaient consécutifs à une appendicite; il s'agissait tantôt d'une péritonite suppurée diffuse propagée dans la région sous-diaphragmatique, d'habitude du côté droit; tantôt d'une péritonite fibrineuse progressive, guérie dans le reste de l'abdomen, mais ayant laissé des foyers purulents au-dessus du foie; tantôt enfin d'un phlegmon rétopéritonéal remontant jusqu'au diaphragme, ou d'un abcès développé entre les deux feuillets du mésocolon ascendant et atteignant ainsi la région sous-diaphragmatique. Ces 27 cas lui ont donné 18 guérisons et 9 décès.

L'estomac et le duodénum constituaient le point de départ de l'abcès dans 10 cas (5 guérisons et 5 morts). Jamais on n'a trouvé une libre communication entre l'orifice de perforation et la cavité de la collection sous-diaphragmatique; jamais, par conséquent, celle-ci ne renfermait d'aliments; par contre, ces abcès contiennent très fréquemment des gaz; ils sont situés le plus souvent à gauche du ligament suspenseur du foie.

Dans 5 cas, la collection était d'origine hépatique (2 fois par l'intermédiaire des voies biliaires et 3 fois par l'intermédiaire d'un kyste hydatique suppuré); ces 5 malades ont guéri. Une fois, il s'agissait d'une nécrose du pancréas, également suivie de guérison et 5 fois d'abcès tirant leur source de la rate, le plus ordinairement après un infarctus de cet organe (3 guérisons). 4 fois l'espace sous-diaphragmatique fut infecté par un empyème voisin (3 guérisons).

Chez 4 malades, on se trouva en présence d'une périnéphrite suppurée s'étant propagée dans l'espace sous-diaphragmatique (2 guérisons); 2 fois le point de départ de l'abcès était une suppuration costale (2 guérisons); chez 2 patients enfin, dont l'un a succom-

bé, M. Körte n'a pu découvrir l'origine de la collection sous-diaphragmatique.

Pour ce qui est du diagnostic, M. Körte rappelle que l'abcès sous-diaphragmatique se distingue d'avec l'exsudat pleurétique par l'existence d'une voussure vers le milieu du diaphragme, avec conservation de la sonorité pulmonaire à peu près jusqu'aux limites habituelles. Ce symptôme fait défaut toutes les fois que l'abcès sous-diaphragmatique est accompagné d'une pleurésie; il peut être impossible, en pareille occurrence, de poser le diagnostic exact. Dans les cas où l'estomac constitue le point de départ de l'abcès, la présence de gaz dans ce dernier et la constatation, à l'épigastre, d'une voussure donnant un son tympanique, peuvent permettre d'établir le diagnostic. Parfois on ne pourra se passer de la ponction exploratrice, mais on devra la faire suivre immédiatement de l'intervention chirurgicale, sous peine de voir se produire des complications graves.

Le traitement opératoire consiste dans l'incision, soit à travers la plèvre, d'après la méthode de von Volkmann et de M. Israel, soit sur le rebord costal.

M. Körte s'est servi, dans 41 cas, du premier procédé, avec 14 guérisons et 27 décès; il a trouvé 14 fois la plèvre adhérente, mais, dans 5 cas, ces adhérences n'ont pas empêché le développement d'un empyème ultérieur. Chez 14 malades, il existait déjà un exsudat pleurétique au moment de l'opération; il a alors évacué l'exsudat, puis incisé le diaphragme. Quand la plèvre était intacte, il l'a fixée à l'aide d'une suture, de manière à séparer le champ de l'incision du reste de la cavité pleurale.

Chez 15 patients, M. Körte a pratiqué l'incision longeant le rebord costal, avec 10 guérisons et 5 décès. Dans 4 cas, enfin, il a incisé au niveau de l'épigastre (3 guérisons et 1 décès).

D'une manière générale les chances de guérison sont beaucoup plus grandes quand on pratique l'opération de bonne heure, avant que le malade soit épuisé par une longue suppuration; aussi les résultats pourront être notablement améliorés par un diagnostic plus précoce.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

OBSTÉTRIQUE

Contribution à l'étude des difficultés de la version
causées par l'anneau de Bondl
par M. VASSOR (Thèse de Paris)

M. Vassor, étudiant les difficultés du deuxième temps de la version, déclare que ces difficultés sont

souvent dues à une rétraction de l'anneau de Bondl. Avec M. Bonnaire il distingue deux cas: 1° ceux où le fœtus est situé en entier au-dessus de l'anneau: "positions sus-bandliennes;" 2° ceux où la présentation est en totalité ou en partie au-dessous de cette zone: "positions sous-bandliennes."

Dans les positions sus-bandliennes, la rupture utérine est moins à craindre, mais par contre l'extraction du fœtus est bien plus difficile; car le corps du fœtus doit passer en entier à travers l'anneau contracté. Le forceps ne peut pas être employé car la rétraction s'oppose à l'introduction des branches; la version permettra quelquefois d'extraire un enfant vivant; enfin dans quelques cas l'embryotomie devra être pratiquée; ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on aura recours à la césarienne ou au Porro.

Dans les positions sous-bandliennes au contraire c'est au forceps qu'il faut s'adresser de préférence; ici la version est difficile et dangereuse et l'embryotomie s'impose presque toujours dans le cas où le forceps a échoué.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

De la dystocie par kystes hydatiques du bassin

par M. DELACOURT.

2. Les kystes hydatiques du bassin sont en général arrondis et de consistance dure et élastique, rappelant celle de fibro-myomes de l'utérus. Ils siègent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit en arrière de l'utérus (c'est le siège d'élection), dans la cloison recto-vaginale, ou dans le Douglas, soit en avant et sur les côtés; on en trouve parfois dans la paroi vaginale, près du cul-de-sac postérieur. Ils sont d'après M. Delacourt, très difficiles à reconnaître: la fluctuation, le frémissement hydatique font fréquemment défaut; aussi la nature du kyste n'a presque jamais été diagnostiquée avant l'accouchement. La nature du liquide obtenu par une ponction, et l'issue spontanée des vésicules hydatiques par le vagin ou le rectum ont seules permis, dans quelques cas rares, d'établir un diagnostic ferme.

Ordinairement et quel que soit leur volume, ces kystes ne gênent nullement l'évolution de la grossesse; il exercent une action purement mécanique et ne déterminent que des troubles de compression.

Mais ils sont une cause importante de dystocie. Leur siège n'a aucune influence, leur peu de mobilité ne leur permettant pas de se déplacer. De leur volume au contraire, dépend le pronostic de l'accouchement: les gros kystes s'opposent toujours à l'expulsion du fœtus, aussi la mortalité maternelle est-elle assez élevée, 25 pour 100. En outre la suppuration

si fréquente du kyste hydatique devient le point de départ d'une infection généralisée. Le foetus souffre aussi pendant le travail; il court les risques des opérations quelquefois intempestives; il succombe dans la proportion de 33 pour 100.

On ne doit pas essayer de refouler le kyste, qui est toujours peu mobile; si la tumeur est un peu volumineuse, avant toute intervention sur le foetus, il faudra lever l'obstacle qui empêche la terminaison de l'accouchement, et pour cela, on fera une ponction qui réussira le plus souvent. Si elle ne suffisait pas, on pratiquerait l'incision simple, ou l'incision suivie de marsupialisation et de drainage dans le cas de kyste supprimé.

(Ibid.)

De l'enucleation de l'oeuf humain dans l'opération césarienne

par M. VEUDEVILLÉ.

3. M. Veudeville décrit une modification importante que M. Fournier a apportée à l'opération césarienne classique. Cette modification porte surtout sur le second temps: quand l'incision utérine a été faite, on met à nu le chorion et on introduit l'index de la main gauche, en déprimant les membranes pour guider les ciseaux qui vont agrandir l'incision. Ce travail est fait prudemment, sans force, la paroi utérine étant très molle. Quand l'incision est suffisamment grande, la coque de l'oeuf fait alors hernie; l'opérateur glisse alors sa main à plat entre l'oeuf et la paroi pour les décoller l'un de l'autre. Commencant par le côté droit, on continue par le côté gauche en respectant le placenta; on arrive très facilement à passer la main au-dessous de l'oeuf, de manière à le décoller d'avec la paroi postérieure et le segment inférieur. Quand toute la surface ovulaire est libre, le placenta vient à son tour presque de lui-même, sous une légère pression de doigts; l'oeuf alors s'enuclée hors de la cavité utérine comme un noyau de cerise pressé entre les doigts. Il est alors déposé sur une table; on rompt les membranes en les pinçant et en leur faisant un pli avec deux doigts; on déchire ce pli entre les deux mains—on casse—l'oeuf—et l'enfant sort de ses membranes.

Le manuel opératoire est simple, rapide. L'avantage principal de cette méthode est d'éviter sûrement la souillure du péritoine, puisqu'il n'y a pas issue du liquide amniotique.

(Ibid)

GYNECOLOGIE

Sur l'opothérapie ovarienne

M. Bestion de Camboulas, qui a depuis 1898 maintes fois employé l'ovarine en a toujours été satisfait.

Dans la chlorose, l'anémie et l'aménorrhée qui les accompagne, il a obtenu de très bons résultats et souvent après que le malade eut employé tous les autres moyens thérapeutiques, quinquina, kola, ferrugineux, etc. Sur quinze observations, il n'a qu'un seul cas d'insuccès à signaler.

Plusieurs de ces malades ont vu revenir leurs règles au bout d'un ou deux mois de traitement, avec une dose de 40 à 50 grammes d'extrait d'ovaire par jour (les pilules étant dosées à 10 grammes) dans l'anémie simple.

L'extrait d'ovaire est aussi utile dans la ménopause qui rend si fréquemment les femmes malades. Avec lui on voit disparaître les céphalées et les vertiges, les bouffées de chaleur diminuent, les fleurs blanches, qui fréquemment succèdent aux règles, se tarissent souvent et toujours l'état général est amélioré. La digestion est plus facile; la constipation, si fréquente à l'âge critique et dans la plupart des affections utérines, disparaît. On constate également la diminution très sensible, et souvent même la disparition de la nervosité plus ou moins excessive des malades aux époques menstruelles.

En résumé, la médication ovarienne est toujours indiquée quand il s'agit d'un mauvais fonctionnement de la glande ou mieux d'insuffisance ovarienne :

- 1° Insuffisance d'ordre congénital: femme mal réglée avec ou sans dysménorrhée;
- 2° Insuffisance liée à la formation: aménorrhée et chlorose et souvent dysménorrhée;
- 3° Insuffisance liée à la ménopause naturelle ou artificielle, post-opératoire.

En un mot, toutes les fois que la glande fonctionne mal, on doit employer l'opothérapie ou tout au moins en essayer avant de penser à une intervention chirurgicale.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Les associations quiniques

La quinine a une action si nettement caractérisée, dans la plupart des cas, que nous dirions volontiers d'elle ce que nous avons dit de la digitale, savoir

que la "quinine" doit être prescrite seule et qu'il convient de faire cesser toute autre médication pendant son administration"; mais comme pour la digitale aussi nous dirons "que la 'règle sus-énoncée comporte quelques amendements,' et que quelques associations quinquiques d'ailleurs rares ont pour elles la sanction de la clinique et de l'expérimentation."

C'est ainsi que "l'association de la quinine et de l'antipyrine" est recommandable à plus d'un titre:

1° "Elle augmente de façon considérable la solubilité des sels de quinine;" de ce fait elle en rend l'absorption plus certaine et permet d'autre part la préparation de solutions suffisamment concentrées pour l'administration hypodermique. La solubilité du chlorhydrate basique de quinine est 1 pour 23; nous avons indiqué précédemment que l'association d'analgésine avait permis à Laveran de formuler:

Chlorhydrate basique de quinine..	3 grammes.
Analgésine..	2 "
Eau distillée..	6 "

2° Le "pouvoir analgésique si remarquable de l'antipyrine" rend la piqûre précédente moins douloureuse; elle exerce une action analgésique, antinévralgique générale qui, associée à l'action antithermique de la quinine, qu'elle partage et renforce, en fait une association précieuse dans les cas de fièvre avec névralgies, céphalalgie, etc.

3° A faible dose "l'antipyrine diminue l'excitabilité réflexe du système nerveux" et exerce une action élective sur les centres supérieurs bulbo-protubérantiels et encéphaliques de la sensibilité. La quinine n'a pas un effet hypnotique bien marqué même chez le fébricitant; l'antipyrine et la phénacétine, au contraire, produisent quelquefois cet effet par le mécanisme précédemment rappelé. Il y aura donc utilité, dans l'insomnie si fréquente des fébricitants, à réaliser l'association quinine-antipyrine.

"Les formes de choix" (à cause de l'amertume si prononcée de la quinine) sont: le cachet, le lavement et le suppositoire. On pourra d'ailleurs combiner dans la formule des substances voisines de l'antipyrine, telles l'exalgine et la phénacétine qui en renforcent l'action.

Nous prescrivons volontiers chez les "fébricitants névralgiques avec perte de sommeil" les cachets suivants:

Exalgine..	0 gr. 10
Phénacétine..	0 " 20
Antipyrine..	0 " 30
Bromhydrate de quinine..	0 " 40

Pour un "cachet" à prendre à 3 heures de l'après-midi, avec une tasse d'infusion chaude.

S'il y a ou si l'on craint l'intolérance stomacale, on pourra prescrire:

Bromhydrate de quinine..	0 gr. 40
Antipyrine..	1 gramme.
Eau de tilleul tiède..	150 grammes.

Pour un "lavement" à donner en une fois,

ou

Phénacétine..	0 gr. 10
Antipyrine..	0 " 20
Bromhydrate de quinine..	0 " 30
Beurre de cacao..	3 grammes

Pour un "suppositoire."

Dans les "névralgies rebelles, l'association opium-quinine" fera souvent merveille; on formulera:

Extrait thébaïque..	0 gr. 25 milligr.
Bromhydrate de quinine..	0 " 25 centigr.

F. s. a. pour une pilule ou un cachet; en prendre quatre par jour, soit une toutes les trois heures.

Dans les mêmes cas on pourrait l'associer à "l'aconitine":

Aconitine cristallisée..	1 pour 10 de milligr.
Bromhydrate de quinine..	0 gr. 25 centigr.

F. s. a. pour une pilule; quatre par jour à trois heures d'intervalle.

Nous avons déjà dit que la saveur particulièrement amère de la quinine en rendait difficile l'administration en potion, surtout chez les enfants. On pourra cependant essayer les "formules correctives" suivantes préconisées par Comby:

1° Bichlorhydrate de quinine..	0 gr. 30
Extrait de réglisse..	5 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger..	20 "
Eau distillée..	40 "

A prendre en deux ou trois gorgées.

ou

2° Chlorhydrate de quinine..	2 grammes.
Santonine..	0 gr. 30
Teinture d'oranges amères..	5 grammes.
Sirop simple..	60 "

Une cuiller à dessert contient environ 0 gr. de sel quinique;

ou la suivante de Concetti:

Chlorhydrate de quinine..	1 gramme.
Santonine..	0 gr. 30
Sirop de café..	20 grammes.
Eau d'anis..	10 "

Une cuiller à café contient 0 gr. 15.

Mentionnons pour finir les "médications adju-

vantes" possibles par exemple dans la "fièvre paludéenne." Dans les "accès algides," l'éther, l'acétate d'ammoniaque, les stimulants diffusibles, les boissons chaudes seront formellement indiqués; dans les "accès comateux," les émissions sanguines locales, les révulsifs; dans les "accès délirants," le chloral; dans la "fièvre bilieuse palustre," l'ipéca et le calomel; dans les "périodes non fébriles" de la maladie, la médication tonique, arsenic et fer, est des plus recommandables.

Rappelons enfin que, comme tous les alcaloïdes, la quinine ne peut être prescrite avec du tannin qui la précipite de ses solutions; on ne sera pas tenté par conséquent, comme nous l'avons vu faire, de choisir comme véhicule à la quinine le sirop iodotannique.

(*La presse méd.*)

PEDIATRIE

Traitement de la bronchite simple chez l'enfant

Les vésicatoires sont à rejeter.

Si en même temps que la bronchite on note des phénomènes d'embarras gastrique, on pourra associer du jalop ou de la scammonée à l'ipéca.

M. Comby préconise de plus la potion suivante à prendre en 4 ou 5 fois dans l'espace d'une heure.

Sulfate de soude.	10 grammes.
Tartre stibié.	0,05 centigrammes.
Sirop simple.	10 grammes.
Eau distillée.	120 grammes.

M. Saint-Philippe vante beaucoup l'iodure d'arsenic qu'il formule comme suit:

Iodure d'arsenic.	0,30 centigrammes.
Eau distillée.	30 grammes.

Faire dissoudre à froid.

Débuter par cinq gouttes à chaque repas, augmenter d'une goutte matin et soir, et arriver progressivement à quinze et même vingt gouttes à chaque repas. Rester à la dose maxima pendant environ un mois. Redescendre en sens inverse et en suivant les mêmes proportions jusqu'à cinq. Se reposer huit à dix jours et recommencer comme avant.

Quant à tarir les sécrétions, on y arrive assez facilement par l'emploi des balsamiques: tolu, térébenthine, benjoin, ou par des astringents comme le tannin, l'extrait de ratanhia.

Dans le traitement général, on aura surtout en vue le tempérament du malade.

Le lymphatisme domine, avons-nous dit; il faut

le traiter par l'huile de foie de morue à hautes doses: 20, 30, 60 grammes par jour, si elle est bien supportée. Dans le cas contraire, la remplacer par du sirop iodotannique, mais donner toujours de l'iode, qui a une action reconstituante manifeste.

Aux rachitiques on donnera du phosphate de chaux, de l'huile phosphorée.

Aux débilités, du sirop d'iodure de fer, du protoxalate de fer. Les toniques ne doivent pas être négligés, mais sous cette dénomination nous nous en voudrions de comprendre les préparations plus ou moins en faveur dans le public et qui sont à rejeter comme étant à base d'alcool.

Enfin chez les enfants arthritiques on ordonnera les cures alcalines et arsenicales. Une saison au Mont-Dore, aux Eaux-Bonnes, à Royat, La Bourboule, Enghien, amènerait une grande amélioration. Mais ce genre de traitement n'étant pas à la portée de tous, on fait prendre avec avantage des préparations arsenicales soit en granules, soit en solution, à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour.

Telles sont les règles générales du traitement. Mais ainsi formulé, il ne saurait être complet. Il faut faire intervenir l'hygiène.

Le malade doit être soumis à une alimentation choisie, substantielle et de digestion facile. Le lait, les oeufs, les laitages, les purées de viande et de légumes en seront la base.

Pendant les poussées aiguës: séjour à la chambre et repos au lit.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

Convulsion chez l'enfant

M. Moussous, rapporteur, analyse avec grand soin les conditions pathogéniques, le pronostic et le traitement des convulsions chez l'enfant.

I. Pathogénie.—Quelle que soit la forme que revêtent les convulsions de l'enfance ou les troubles qui les accompagnent, jamais ces convulsions ne sont autre chose qu'un symptôme ou qu'un syndrome extériorisant une perturbation fonctionnelle ou une altération matérielle des centres nerveux. Limitant son étude aux convulsions dites essentielles, et après avoir longuement énuméré les facteurs pathogéniques susceptibles d'intervenir, et le rôle des divers agents provocateurs de l'accès convulsif (débilité congénitale, éclampsie maternelle, gastro-entérite, athrepsie, rachitisme, etc.), M. Moussous conclut que le mécanisme qui préside à l'éclosion des convulsions chez les enfants varie essentiellement d'un cas à l'autre. On n'aperçoit pas la possibilité d'une synthèse d'où se dégagerait une formule unique indiquant ce

que cette pathogénie a de spécial, et en quoi elle diffère de la pathogénie des convulsions considérées aux autres périodes de l'existence.

Deux remarques cependant s'imposent. C'est que le système nerveux de l'enfant offre une résistance vis-à-vis de causes nocives de même intensité et de même nature que celles qui peuvent s'attaquer au système nerveux de l'adulte, et qu'il exprime plus souvent sa souffrance en réagissant sous forme de spasmes convulsifs.

Cette vulnérabilité des centres nerveux des enfants du premier âge mérite de fixer au plus haut point l'attention.

Il y aurait cependant exagération à la faire intervenir seule. Les convulsions peuvent prendre naissance sans modification dans l'état anatomique des éléments nerveux, ne serait-ce, au moins, que les convulsions d'ordre réflexe. Pour motiver la fréquence de ces convulsions "sine materia," on a toujours invoqué l'excitabilité du système nerveux dans le jeune âge et, d'autre part, le manque de pondération exercée par les centres supérieurs sur les centres bulbo-spinaux.

L'hyperexcitabilité est très vraisemblable. Mais, en parlant d'hyperexcitabilité, on exprime une constatation plutôt qu'on ne fournit une explication.

L'influence modératrice que les centres supérieurs jouent vis-à-vis des centres sous-jacents paraît incontestable, mais les difficultés surgissent dès que l'on cherche à préciser comment et dans quelle mesure s'exerce cette influence.

Si discuté et si mal connu que soit encore l'appareil nerveux des réflexes moteurs, tel, par exemple, que celui du tonus musculaire et des réflexes tendineux, on peut cependant affirmer qu'il n'est pas, chez l'enfant qui vient de naître, ce qu'il sera plus tard. D'après ceci, on n'a pas à s'étonner qu'on n'observe pas une égale disposition aux convulsions d'ordre réflexe à tous les âges.

Mais doit-on souscrire à l'opinion de ceux qui ne font jouer à la corticalité qu'un rôle frénateur vis-à-vis des centres bulbo-médullaires, si bien que tout le fonctionnement de ces centres se trouverait modifié et exalté avant l'établissement ou après la suppression de l'action des centres corticaux ? Sans entrer dans le débat M. Moussous croit toutefois important de faire remarquer que la prétendue spasmodicité de tous les enfants naissants, et surtout des enfants nés avant terme, spasmodicité à laquelle on est forcément obligé de conclure si l'on adopte cette manière de voir, n'est pas aussi démontrée que semblent le dire Bednar, Babinski, Soltmann et Hochsinger. Les affirmations de ces auteurs, qui prétendent que les nou-

veau-nés présentent un certain degré de contracture musculaire et une vivacité spéciale du réflexe tendineux, sont loin d'être acceptées par la plupart de ceux qui ont porté leur attention sur ce sujet.

En tout cas, s'il existe des anomalies du côté de la motilité ou de la réflexivité, il ne faut pas se hâter de les attribuer au retard du développement du système cortico-pyramidal, puisqu'on possède aujourd'hui un nombre important d'observations d'anencéphales dont la motilité est absolument correcte, et qui présentent des mouvements impulsifs, réflexes et associés (respiration, cri, déglutition, succion, mouvements de défense), en tout comparables à ceux des enfants normaux.

Dans la période première de l'existence, c'est en définitive l'isolement complet ou relatif des centres bulbo-médullaires qui constitue l'infériorité, et, par là, le danger. L'appareil des réflexes sensitivo-moteurs est encore incomplet. Très correct dans les portions achevées, il suffit en temps ordinaire et s'adapte même merveilleusement aux fonctions qui lui sont dévolues; mais vient-il de la périphérie une excitation trop intense ou anormale, c'est le désarroi fonctionnel, se traduisant par l'activité folle des muscles de la vie de relation, parfois, au contraire, par l'arrêt brusque, momentané ou définitif, des mouvements respiratoires ou cardiaques.

Mais tous les enfants ne se comportent pas de même dans des circonstances identiques. Les causes déterminantes sont loin d'avoir sur tous une même influence. Il n'est pas de trouble morbide vis-à-vis duquel l'idiosyncrasie s'affirme d'une façon plus éclatante que vis-à-vis des spasmes convulsifs. Il est des nourrissons qui ont des convulsions à tout propos, qui ne peuvent avoir le moindre trouble digestif, le plus petit accès de fièvre, voire subir la moindre impression morale, colère ou peur, sans présenter des accidents éclamptiques. S'il est incontestable que le jeune âge est l'âge des convulsions, la facilité extrême à entrer en convulsion est le triste partage d'une certaine catégorie seulement d'enfants.

II.—Conséquences.—Une des questions les plus importantes qu'on ait à envisager au sujet de l'éclampsie infantile est celle de l'avenir réservé aux enfants qui ont été atteints de convulsions. Il résulte, en effet, de documents nombreux, que l'on trouve très fréquemment dans les antécédents personnels des épileptiques la mention d'attaques éclamptiques survenues dans les premières années de leur existence.

Quel est le lien qui rattache l'épilepsie aux convulsions de l'enfance ? La réponse est des plus difficiles à formuler.

Certains enfants montrent une tendance très ma-

manifeste aux convulsions. Cette "aptitude convulsive" se traduira par la facilité qu'auront les sujets (sujets ordinairement dégénérés) à présenter des accès épileptiformes à l'occasion de certaines intoxications: intoxications alcoolique, absinthe, urémique, gravidique, ou de certaines infections: fièvre scarlatine, fièvre typhoïde, etc.

Ces épilepsies hétéro-toxiques, auto-toxiques ou infectieuses ont une analogie absolue avec l'éclampsie infantile ordinaire. Il est logique d'admettre que le sujet qui, dans sa première enfance, a présenté cette réaction épileptique facile continuera, dans le cours de son existence, à présenter cette même réaction épileptique.

Il n'est même pas invraisemblable, comme le laisse à entendre Joffroy, que cette aptitude favorise l'explosion des accès épileptiformes symptomatiques de lésions matérielles des centres nerveux (tumeur, syphilis cérébrale, foyer hémorragique, athérome, etc.).

Une seconde catégorie de faits paraît également très logiquement expliquée. Ce sont ceux où les convulsions infantiles ont été le résultat non plus d'une simple irritation tout à fait éphémère des centres nerveux, mais où ceux-ci ont eu manifestement à souffrir d'un processus inflammatoire ou dystrophiant, qui a laissé une lésion matérielle définitive, lésion telle que peuvent en provoquer une intoxication intense ou un peu prolongée et surtout une maladie infectieuse. On sait combien sont fréquentes les lésions banales découvertes à l'autopsie de sujets qu'on croyait atteints d'épilepsie idiopathique: épaissement des méninges, foyers d'encéphalite, traces d'hémorragies méningées, etc.

Du reste, si l'on étudie attentivement l'enfant entre la période des convulsions et le début de l'épilepsie, le calme, comme dit Bessière, est plus apparent que réel. Ce sont des enfants qui présentent un état spécial d'irritabilité nerveuse, enclins aux colères violentes, aux hallucinations, aux terreurs nocturnes, parfois même présentant des vertiges et des absences dont la signification est, d'habitude, mal comprise par l'entourage et souvent aussi par le médecin lui-même.

Si la maladie de la première enfance, qui a été accompagnée de convulsions, a produit, en dehors des centres nerveux, des lésions durables de certains organes et, en particulier, de l'estomac, de l'intestin, du foie ou du rein, ces altérations, entraînant pour ces organes un fonctionnement vicieux ou incomplet, pourront très bien servir de trait d'union entre les convulsions du premier âge et l'épilepsie future.

L'essentialité de l'éclampsie des nourrissons et l'essentialité de l'épilepsie, jadis admises sans con-

teste, possèdent forcément encore des partisans convaincus; et, bien que chaque jour grandisse le nombre des cas où cette essentialité se trouve manifestement en défaut, on ne peut, dès aujourd'hui, rayer définitivement du cadre nosologique l'éclampsie infantile névrose et l'épilepsie névrose.

Si l'avenir maintient l'essentialité de ces troubles nerveux, devra-t-on fusionner, comme le font certains auteurs, l'éclampsie de l'enfance et l'épilepsie vulgaire, et les assimiler complètement l'une à l'autre?

Pour les cas où il y a réellement continuité d'évolution entre la névrose convulsive des premières années et la névrose convulsive qui lui fait suite, revêtant la tournure du mal comitial, cette opinion semble difficile à combattre. La similitude de l'expression clinique dans les deux cas, l'analogie des causes étiologiques, est trop absolue pour qu'on puisse élever contre cette façon de voir des arguments sérieux. Mais cette continuité d'évolution est si exceptionnelle que la légitimité de cette assimilation devient fort suspecte. Un laps de temps plus ou moins long, généralement plusieurs années, s'écoule entre les accès convulsifs de l'enfance et le début de l'épilepsie.

Enfin, si nombre d'épileptiques ont été des convulsifs infantiles, il ne faut pas oublier aussi que beaucoup de sujets ont été, pendant leur enfance, enclins à des convulsions fréquentes et inexplicables, qui ne deviennent jamais épileptiques.

Tout en reconnaissant la succession possible et très fréquente des deux états malades, M. Moussous les croit distincts et seulement reliés l'un à l'autre par tous les liens qu'il a successivement énumérés.

Ce n'est, du reste, pas uniquement pour les épileptiques que l'enquête établie sur le passé permet de découvrir des convulsions infantiles; elle fournit parfois le même résultat pour d'autres névropathes et spécialement pour des hystériques.

Cette découverte ne doit par conséquent peser nullement dans la balance lorsqu'on hésite entre les deux maladies. Tout en reconnaissant que le groupe des convulsifs infantiles fournira surtout des épileptiques, il est certain qu'il fournira aussi des choréiques, des tiqueurs, des déséquilibrés, des neurasthéniques, des vésaniques, etc. Mais ce ne sont là que des éventualités impossibles à prévoir.

De tout temps, on a invoqué les convulsions comme cause de strabisme et on les retrouve très fréquemment indiquées dans les observations récentes de strabisme. C'est peut-être, d'après l'avis de Cabannes, attacher une trop grande importance aux convulsions dans la détermination du strabisme convergent. Il paraît plus vraisemblable de penser que convulsions et strabisme naissent sur des terrains

préparés par de pesantes tares nerveuses affectant surtout les ascendants. Les tendances névropathiques du sujet ont, dans l'étiologie du strabisme, une valeur plus grande que les convulsions résultant aussi de ces mêmes tendances.

(à suivre)

OPHTHALMOLOGIE

Traitement des traumatismes oculaires

Des premiers soins donnés aux traumatismes oculaires dépend souvent l'avenir de l'œil traumatisé et même de son congénère; presque toujours, on peut, par une intervention sagace, empêcher l'infection de survenir sur l'œil blessé et éviter l'ophtalmie sympathique.

Que si on n'était pas convaincu "a priori" de l'importance de cette question, la statistique suffirait à la démontrer. J'ai établi que les blessures de l'œil sont environ dans la proportion de 6 pour 100 dans l'ensemble des affections oculaires qui entraînent la cécité.

Les hommes, cela se conçoit, en sont plus fréquemment affectés, de par leur genre de vie; les ouvriers, et surtout les ouvriers d'usines, y sont particulièrement exposés.

J'étudierai tout d'abord les lésions traumatiques de chaque membrane prise en particulier, puis je terminerai par l'étude des traumatismes en masse.

Contusions, plaies, brûlures, corps étrangers, etc. sont les paragraphes de chacun des chapitres que je passerai successivement en revue.

"Conjonctive."—Cette membrane, la plus superficielle, est, de ce fait, la plus exposée. Mais le traumatisme limité à la seule conjonctive est le plus souvent dépourvu de gravité.

Les "contusions" peuvent se produire, soit indirectement, à travers les paupières (coups de poing, coups de bâton, chute sur un corps dur), soit directement (coups d'ongle, éclats de pierre, etc. Dans les deux cas elles ont peu d'importance. Elles se traduisent par une hyperhémie, une rougeur plus ou moins accusée, qui cède rapidement au traitement: repos de l'œil, compresses humides aseptiques (eau boriquée, boracine).

Assez souvent il se produit un certain degré d'œdème sous-conjonctival, de chémosis. Le traitement est le même.

Eviter, comme dangereux, l'emploi de l'arnica ou du sous-acétate de plomb (eau blanche), qui ont été trop souvent prescrits.

Le mode d'apparition des ecchymoses est loin d'être sans intérêt: la fracture du crâne s'accompagne parfois d'ecchymose sous-conjonctivale c'est ce qui a pu faire dire que l'ecchymose sous-conjonctivale était pathognomonique de la fracture du crâne. Ainsi présentée, cette proposition est inexacte; il importe de faire le diagnostic, qui est d'ailleurs facile: l'ecchymose succède-t-elle immédiatement à l'accident, il s'agit d'une simple conjonctivite traumatique. L'ecchymose symptomatique de fracture du crâne n'apparaît que tardivement, 2, 3 ou 4 jours après.

"Plaies."—Les piqûres sont justiciables des lavages antiseptiques; les plaies linéaires appellent en plus une légère compression pour obtenir la réunion rapide. En cas de déchirure, la réunion pourra être parfois un peu plus difficile s'il n'y a que solution de continuité, une simple suture suffira, après cocaïnisation; mais s'il manque un fragment, il y a lieu de disséquer sur une petite étendue la muqueuse, très élastique, et d'opérer le rapprochement, puis la suture.

Si la déchirure est trop importante, cette petite manoeuvre n'est plus possible; mais il ne faut pas s'effrayer en voyant la sclérotique à nu: pourvu qu'on observe une antiseptie rigoureuse, la cicatrisation se fera, lentement peut-être, par bourgeonnement, mais se fera. Surveiller les bourgeons et pratiquer au besoin quelques cautérisations pour les réprimer.

Les "brûlures" de la conjonctive sont très fréquentes; les premiers soins ont là une haute importance, et le précepte suivant doit être présent à l'esprit: éviter le symblépharon à tout prix.

A la vérité, elles sont parfois légères, et c'est le cas lorsqu'elles sont produites par des corps en fusion ou en ignition qui ne font que frapper l'œil et n'y séjournent pas (phosphore enflammé, bout de cigare, fer à friser, etc.). Les désordres sont alors limités à une simple hyperhémie de la muqueuse ou à une petite escarre insignifiante.

Autrement graves sont généralement les brûlures produites par des agents chimiques (acide sulfurique, acide azotique, acide acétique, chaux vive); il s'agit dans ces cas, après s'être enquis de la nature de l'agent vulnérant, d'en faire au plus vite la dilution par un lavage à grande eau.

Toutefois, exception sera faite pour les brûlures par la chaux vive; la dilution n'aurait pour effet que de répandre son action caustique et d'en augmenter la gravité.

En présence d'un acide, on neutralisera son action avantageusement par l'emploi d'une base, bicarbonate de soude, eau de Vichy, par exemple. En présence d'une base autre que la chaux, la neutralisa-

tion pourra être obtenue par des lotions acidulées (acide borique.)

La brûlure par la chaux sera combattue par un abondant lavage à l'eau sucrée pour former un saccharate de chaux soluble, pas irritant, ainsi que l'a conseillé Gosselin. Il sera bon aussi d'évacuer, à l'aide d'une pince, tous les fragments qu'on pourra saisir en explorant les culs-de-sac, après cocaïnisation.

Quoi qu'il en soit de l'agent caustique, quand on a affaire à une brûlure de quelque gravité, le malade devra être entouré de soins constants, en vue d'éviter le symblépharon. Pour cela, il est important de remplir, de bourrer les culs-de-sac conjonctivaux avec de la vaseline, d'une façon pour ainsi dire continue, et de mobiliser fréquemment les parties atteintes.

Je veux enfin attirer l'attention sur les brûlures occasionnées par l'emploi inconsidéré de certains agents thérapeutiques, tels que le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, etc. Il va sans dire que la première chose à faire est d'arrêter le traitement et d'employer les antiphlogistiques (compresses tièdes d'eau bouillie).

Je rappellerai que, chez tout malade qui prend à l'intérieur de l'iode ou un iodure, on devra proscrire l'emploi de la pommade jaune ou du calomel qui donnerait lieu à la formation d'un biiodure de mercure, combinaison éminemment caustique.

Les "corps étrangers" de la conjonctive sont d'une observation vulgaire. Le plus souvent ils se logent dans les culs-de-sac et principalement dans le cul-de-sac supérieur, d'où ils sont faciles à extraire après retournement des paupières.

Ils sont représentés par des grains ou des fragments de toute espèce. Parfois ils s'incrument dans la muqueuse et leur évacuation est aisée s'ils siègent au niveau de la muqueuse palpébrale. Mais s'ils sont fixés dans la muqueuse bulbaire, cette évacuation donne lieu à une certaine difficulté à cause de la laxité de la membrane à ce niveau. Le manuel opératoire consiste à saisir le corps étranger entre les mors d'une pince et à sectionner avec des ciseaux au ras de la pince, de façon à éviter autant que possible les délabrements. A la suite d'une explosion de mine, on peut voir des conjonctives criblées de grains de poudre, dont l'extraction est des plus laborieuses; on ne saurait, dans ce cas, agir avec trop de douceur; il ne faut pas vouloir tout enlever en une seule séance, trop de hâte pourrait être cause de dégâts considérables.

Un mot aussi des corps étrangers ignorés. Maintes fois on observe des malades atteints de conjonctivite rebelle et intense ayant résisté à tous les traitements. En présence d'une conjonctivite restée monoculaire et irréductible, on doit soupçonner la pré-

sence d'un corps étranger et retourner la paupière. Presque toujours on découvrira la cause du mal. Les corps étrangers restés ignorés sont parfois volumineux. J'ai observé la présence, dans le cul-de-sac conjonctival d'un enfant, d'un épi d'avoine qui y avait séjourné plus de deux mois!

"Cornée."—Le traumatisme de la cornée est fréquent, au même titre que celui de la conjonctive.

Mais les contusions pures, sans plaie ou érosions, sont rares. Elles n'amènent au reste qu'une irritation de l'oeil le plus souvent légère et fugitive. Dans quelques cas, toutefois, on a pu observer un degré plus ou moins accentué d'infiltration, voire même du sphacèle, mais c'est l'exception.

Plus généralement, la contusion est éclipsée par quelque plaie de cette membrane.

Les plaies de la cornée peuvent être envisagées tout d'abord sous le rapport de leur profondeur et tre divisées en plaies non pénétrantes et plaies pénétrantes.

Les plaies non pénétrantes offrent une gravité bien différente suivant qu'elles sont ou non infectées. Si l'infection est évitée, on obtient une guérison rapide par un traitement approprié: lavages, compresses chaudes, pansement aseptique légèrement compressif. Les instillations de pilocarpine sont employées avec avantage comme sédatif; la cocaïne doit être rejetée parce qu'elle desquame la cornée.

A la suite d'une plaie non infectée, il pourra parfois se produire une taie, mais la chose est de peu d'importance en regard des redoutables complications que peut entraîner l'infection de la plus légère érosion. C'est ainsi qu'une plaie même superficielle peut donner lieu très rapidement à la formation d'un ulcère à hypopion (ulcère rongeur), s'accompagnant parfois d'iritis, d'iridocyclite, d'irido-choroïdite et de panophtalmie, sans parler de la destruction de la cornée. On évitera donc l'infection par tous les moyens.

Tout objet vulnérant doit être supposé septique (éclats de pierres et de toutes sortes, épis de blé, etc.); mais à supposer qu'il n'en soit rien, l'infection peut provenir secondairement de l'oeil lui-même ou de ses annexes. Il faut penser à la conjonctive, aux bords palpébraux, surtout aux voies lacrymales, et désinfecter soigneusement les culs-de-sac par de grands lavages répétés au sublimé à 1 p. 5000, assurer le libre cours des larmes par des cathétérismes, pratiquer au besoin des injections dans les voies lacrymales ou même leur curetage.

Quant aux plaies pénétrantes, leur pronostic, en dehors même de l'infection, est toujours plus sérieux, car les organes sous-jacents, l'iris, le cristallin, peu-

vent être atteints du même coup.

Les piqûres produites le plus souvent par des aiguilles, des plumes à écrire, etc., peuvent, si elles ne dépassent pas les limites de la chambre antérieure et si les objets piquants sont aseptiques, guérir rapidement sans amener des désordres marquants.

Mais une coupure donne lieu généralement à des phénomènes plus troublants; à la suite de la perforation, la chambre antérieure s'affaisse, l'iris, entre en contact avec la face postérieure de la cornée et la perforation peut se compliquer de hernie de l'iris, avec ses conséquences. Souvent, quoi qu'on fasse, on n'évitera pas le staphylome ou le leucome adhérent.

(A suivre)

Coq-a-l'ane médicaux

Ophthalmie des nouveau-nés.

E. Andrale rapporte un cas d'intérêt pratique. Il s'agissait d'un enfant de trois jours qui présentait de l'œdème des paupières et un écoulement purulent des deux yeux. Cet écoulement résista au protargol et au nitrate d'argent et dura près de trois mois. Un examen bactériologique démontra la présence d'une culture pure du diplobacille de Morax et d'Axenfeld. Ce microbe produit ordinairement une conjonctivite catarrhale sous-aiguë, et c'est le premier cas cité où il ait déterminé une ophthalmie purulente. Comme les sels de zinc ont presque une action spécifique sur ce micro-organisme, une solution à 2 pour cent, en instillations une fois par jour, guérit rapidement la maladie.

(An. J. med. Sc.)

La stypticine dans les hémorragies utérines.

La stypticine est une poudre jaune cristalline, amère, soluble dans l'eau et dans l'alcool, et qui possède des propriétés styptiques, analgésiques et sédatives. Chimiquement, elle dérive de la cotarnine, qui, à son tour, est une base amère, provenant de la narcotine (alcaloïde de l'opium). C'est un hydrochlorate de cotarnine. La dose est de 2-5 à 4-5 de grain. (0.025 à 0.05 gm.)

H. Boldt, in "Merck's Archives," dit que la stypticine est utile dans les hémorragies utérines, surtout dans la menstruation abondante et irrégulière sans lésions pelviennes bien appréciables. On donne 3-4 de grain trois fois par jour, pendant deux ou trois mois. Existe-t-il de la dysménorrhée, la douleur n'est que peu soulagée. Lorsqu'il y a eu de la rétention de débris placentaires, le médicament n'agit

qu'après l'enlèvement de ceux-ci, et lorsque le curetage n'a pas arrêté la perte, la stypticine est utile. Les pertes de la ménopause, sans lésions pathologiques apparentes, sont modérées. Elle ne vaut rien dans la métrite fongueuse. Dans quelques hémorragies, pendant la grossesse, les pertes ont été arrêtées et le remède n'a pas produit de contraction utérine. Dans les hémorragies dues à des fibromes ou à des néoplasmes malins, elle est peu efficace. Si l'on désire un effet prompt, il vaut mieux recourir à la voie hypodermique. On peut injecter 2 à 3 grains dans la fesse et répéter dans de 3 à 6 heures. On a pu donner 5 grains hypodermiquement sans noter de symptômes désagréables.

On voit que les doses mentionnées par Boldt sont supérieures à celles employées habituellement.

Sérum de Trunecek.

C'est un sérum qui a été employé dans l'artériosclérose, dans la sclérose cardiaque, dans l'artériosclérose cérébrale, dans l'otite scléreuse, dans les maux de tête congestifs, dans la prostatite chronique, etc. La formule en est :—

Sulfate de soude	0.44	Gramme
Chlorure de sodium	4.92	"
Phosphate de soude	0.15	"
Carbonate de soude	0.21	"
Sulfate de potasse	0.40	"
Eau distillée pour faire	100.00	"

La solution doit être parfaitement stérile.

Trunecek injecte 16 C (15 min.) tous les quatre à six jours, augmentant graduellement de 0.1 à 0.5 Cc. D'autres débutent par 2 Cc. et augmentent d'un centimètre cube tous les deux jours jusqu'à 5 Cc, ou même 7 Cc. ("Merck's Archives.")

Charcutier.

Une dame vint en consultation chez le docteur Broca; après avoir montré un furoncle qu'elle portait à la jambe, notre célèbre chirurgien prit son bistouri et se préparait à se servir de son "baume d'acier," lorsque la dame, effrayée, se récria en disant qu'elle venait demander une pommade fondante, mais qu'elle ne voulait pas être charcutée.

"Si vous me prenez pour un charcutier, madame," répliqua poliment Broca, "comment appelez-vous la viande que l'on charcute?" ("Witkowski.")

Electrothérapie.

Le médecin.—L'électricité dans l'atmosphère affecte votre système ?

Le patient, (qui vient de payer dix dollars pour deux visites).—Oui, je suis de votre avis; il y a des temps où l'on se sent surchargé.—"Chicago News."

NIRE.

Travaux Originaux

DE L'EMPLOI DE L'OPHTALMOMETRE DANS LE DIAGNOSTIC DES ERREURS DE REFRACTION

par D. B. ST. JOHN ROOSA, M. D.

Professeur des maladies des yeux et des oreilles, au New-York Post-Graduate Medical School and Hospital.

Quoique Emile Javal, de la Sorbonne, à Paris, ait perfectionné l'ophthalmomètre de Helmholtz, il y a déjà environ quatorze ans, de façon à en faire un instrument facile à comprendre et d'un maniement aisé, je ne crois pas que la profession en général, dans ce pays et au Canada, en dehors de la ville de New-York, ait suffisamment tiré partie du grand et essentiel secours que cet instrument donne pour arriver au diagnostic exact des erreurs de réfraction. Je n'entreprendrai pas de décrire l'instrument; il l'a été suffisamment dans les écrits mêmes de Javal (1) et dans le livre de l'auteur de ce travail, ainsi que dans celui du professeur A. E. Davis. (2) Mais, je me bornerai à un argument, tout court, en faveur de son adoption générale par ceux qui se livrent au choix des verres pour la correction des erreurs de réfraction de l'oeil. Il est maintenant bien reconnu, que la présence d'un astigmatisme considérable a toujours été l'un des grands facteurs dans la production de l'asthénopie; mais ce fait n'est connu que depuis 1864 à peu près, et n'a été entièrement apprécié que depuis ces dernières années. Il a quelque chose dans cette courbure anormale de cette cornée, quand elle égale une dioptrie ou plus, qui est très apte à rendre un oeil asthénopique. Les méthodes employées pour reconnaître les variations de la cornée humaine avant que l'instrument de Javal ne fut rendu pratique, étaient principalement objectives et fort incertaines, d'où le manque d'appréciation de l'astigmatisme, à sa juste valeur.

Les oculistes étaient obligés de soumettre leurs patients à l'influence entière d'un mydriatique, tel que l'atropine ou l'hématropine, afin de reconnaître la réfraction totale de l'oeil. L'auteur a été un des premiers à signaler cette méthode par l'emploi de l'atro-

pine, comme étant le seul procédé complet et exact pour déterminer positivement le degré de réfraction.

Lors du relâchement produit par le mydriatique, ou cycloplégique comme on pourrait le qualifier, il était possible de déterminer par les verres et les caractères d'essai, la réfraction chez les jeunes sujets, ou nous pourrions dire, ceux en-dessous de 40 ans. Au-delà de cet âge, il suffit de soumettre la personne à l'essai des verres pour s'assurer positivement du degré d'astigmatisme, s'il en existe; mais chez les jeunes personnes on a trouvé qu'il était impossible de déterminer avec exactitude le degré de réfraction, avant d'avoir obtenu une paralysie parfaite de l'accommodation. Cette pratique présentait de sérieux désavantages, mais habituellement l'on parvenait à choisir des verres appropriés.

L'ophthalmomètre de Javal a remédié à tout ceci. Si l'on parvient à se renseigner fidèlement sur la présence, ou l'absence ou le degré d'astigmatisme, et, par ce terme, je veux dire astigmatisme cornéenne, l'astigmatisme lenticulaire étant tellement rare que l'on n'en tient guère compte, nous pouvons alors facilement adapter les verres appropriés à la myopie ou à l'hypermétropie. Lorsque nous avons décidé de la présence ou de l'absence de l'astigmatisme, nous avons la clé de la situation. Comme mes lecteurs le savent, il n'est pas bien de corriger toute l'hypermétropie qui existe dans un oeil humain, car à prendre notre race comme ensemble, ceux qui ne sont pas myopes, sont dans la grande proportion de 95 pour cent, hypermétropes. Nous devons négliger 2 ou 3 dioptries d'hypermétropie, c'est-à-dire que nous ne devons pas corriger cette erreur, qui semble un état presque normal. Quant à ce qui regarde l'astigmatisme chez les hypermétropes et les presbytes, plus nous progressons plus je suis convaincu que la règle de Javal peut être suivie dans l'immense majorité des cas, jusqu'à 99 pour cent. L'astigmatisme, selon la règle, peut être corrigée à 1-2 dioptrie près. On doit se rappeler qu'une astigmatisme de seulement 1-2 ou mieux 3-4 dioptrie peut être négligée. Selon la règle, l'astigmatisme chez les hypermétropes, l'axe du verre correcteur est de 90° ou plus près de ce chiffre que de 180°. Dans la myopie, il est plus près de 180° que de 90°.

Corrigeons-nous parfaitement l'astigmatisme, nous

(1) Mémoire d'ophthalmométrie, Paris G. Masson, éditeur.

(2) Diseases of the Eye, Wm. Wood & Co, 1895.

pouvons donner du repos à beaucoup d'yeux qui causeraient des ennuis avant cette correction. Quand l'astigmatisme est contre la règle, une correction entière devient nécessaire et cela pour des raisons que ceux que la question intéresse trouveront amplement exposées dans les livres auxquels j'ai déjà référé. Dans la myopie, on pourra tolérer plus d'astigmatisme, sans ennuis, que dans l'hypermétropie; mais on devra se rappeler que les myopes ne sont pas si souvent asthénopes que les hypermétropes, malgré que la réfraction chez eux comporte plus de dangers divers, toute différente de l'asthénopie, car l'on s'en souvient, la myopie est absolument une maladie dont la partie constituante est une élongation ou extension du globe oculaire.

J'écris ce travail tout court pour engager mes collègues du Canada qui s'intéressent aux erreurs de réfraction, à utiliser cet instrument inventé par Helmholtz, mais qui a été rendu pratique par ce distingué Français, Emile Javal. Chaque jour en augmente le poids pour ceux qui apprennent à s'en servir et qui se conforment fidèlement à ses indications. Il ne peut pas plus errer dans la détermination de l'astigmatisme, que le sextant ne peut le faire pour préciser la latitude dans laquelle se trouve un vaisseau; mais la prescription des verres, quoique l'ophtalmomètre nous en ait donné l'indication, comporte nécessairement des connaissances qui ne peuvent s'obtenir que par l'expérience.

**UN CAS RAPIDEMENT FATAL DE MELÆNA
CHEZ LE NOUVEAU-NE.**

par le docteur M. T. BRENNAN,

*Professeur de gynécologie à l'université Laval,
gynécologue à l'hôpital Notre-Dame, etc.*

Je me permets de rapporter, bien succinctement, un de ces cas relativement rares, que j'ai eu à traiter il y a quelques semaines. Ceci fait mon troisième; les autres ont été fatals aussi.

L'enfant est né à midi le 26 avril. Application de forceps pour une position O. I. G. Post. Il est bien conformé, sauf un peu d'aplatissement du nez dû à la compression pendant le travail. 33 heures après la naissance, il se produit une hémorragie intestinale abondante et subite, avec état syncopal. Cinq heures plus tard, c'est-à-dire 38 heures après l'accouchement

le bébé meurt dans le collapsus, sans convulsions, ayant eu deux autres pertes abondantes de sang noir, liquide.

Lors de la première hémorragie, on lui avait donné une injection rectale de 20 grains d'extrait de capsule surrénale, dans une infusion de thé, additionné d'une drachme d'extrait fluide d'ergot. Cette injection — moins la capsule surrénale — fut répétée deux fois sans produire aucune amélioration.

L'enfant n'avait pas eu de selle avant l'hémorragie; il n'avait pas vomi de sang; il avait uriné; il n'avait pas pris le sein, on lui avait donné du lait faible pasteurisé; il avait dormi paisiblement presque la totalité du temps. En aucun temps il n'a présenté de taches pétéchiiales ou autres sur la peau ou les muqueuses; il n'y avait absolument rien d'anormal ni du côté du placenta ou du cordon ni du côté de l'ombilic. Quoique la mère fut atteinte d'une blennorrhagie sous-aiguë, grâce aux précautions prises avant, pendant et après la délivrance, l'enfant n'a éprouvé aucune contamination, ni oculaire ni autre.

Le père est en bonne santé. La mère—IV par— a ce facies particulier du petit brightisme; elle est sujette à des céphalalgies depuis des années; elle a de l'oppression et éprouve de la fatigue au moindre effort, sans que l'on ait constaté de lésions cardiaques ou pulmonaires; elle n'est pas tuberculeuse; elle n'est pas hémophile, mais elle a perdu assez abondamment à chacune de ses couches; il n'y a jamais eu d'albumine ni de cylindres dans ses urines, qui ont été examinées fréquemment depuis plusieurs années; la densité a variée de 1012 à 1030; il n'y jamais eu de glycose.

L'autopsie n'a pu, malheureusement, être faite, mais l'on peut, je crois, éliminer comme facteurs dans la production de cette entérorragie, l'infection, la syphilis, la tuberculose, l'hémophilie.

Dans ce cas fatal, la capsule surrénale n'a produit aucun effet, non plus que les autres moyens adjuvants, vu probablement la rapidité et l'abondance de l'hémorragie interne, purement intestinale.

Emmett HOLT, de New-York, et le docteur MOORE rapportent tout dernièrement deux cas (*Archives of Pediatrics*): le premier, celui de Holt, a guéri par l'emploi de la capsule surrénale administrée par la bouche—un grain du saccharolé toutes les heures. Le cas de Moore est mort, malgré la capsule surrénale; mais il a succombé dans des convulsions causées probablement par de l'hémorragie méningée.

Holt suggère, naturellement, l'adrénaline pour remplacer l'extrait de capsule surrénale.

Revue des journaux

MEDICINE

La chloroformisation chez les cardiaques

par le prof H. DURET (Lille)

La remarquable communication du Dr. Huchard: "Le Chloroforme chez les Cardiaques," a précisé les conditions essentielles de l'usage des anesthésiques, chez ces malades.

Aux opérateurs perplexes, aux médecins hésitants, qui se demandent si on peut endormir les cardiaques sans inconvénient, appuyé sur sa grande expérience des cardiopathies, il a fait cette réponse très nette: "Tous les cardiaques, mitraux, aortiques valvulaires ou artériels, qu'il souffrent ou non de douleurs angineuses, peuvent être anesthésiés." Il n'y a de contre-indications que dans les cas d'asystolie accusée, de dyspnée toxi-alimentaire et d'oedème aigu du poumon. Et encore, ces divers états pathologiques peuvent être améliorés par une médication appropriée; alors, pour l'intervention, on pourra choisir le moment favorable.

Il ne faut pas même redouter, spécialement, l'insuffisance aortique, cette maladie à syncopes, comme on dit, car sur 170 cas d'insuffisance aortique qu'il a observés, il n'a jamais vu survenir de lipothymies, et 49 de ces malades ont pu être anesthésiés sans accidents. De même, 7 angineux coronaires ont bien supporté le chloroforme.

"J'ai conseillé, dit l'éminent médecin de Necker, ou plutôt je n'ai pas défendu l'anesthésie chloroformique a plus de 300 cardiaques et aortiques, et jamais, dans ces conditions, cette anesthésie n'a provoqué d'accidents."

Les documents si précis et si suggestifs apportés par Huchard, ont été corroborés par les discours et par l'autorité des maîtres en chirurgie, MM. Bengier, Le Dentu, Guyon, Lucas-Championnière, par MM. Bucquoy et Brouardel.

Il semble qu'il y ait peu à ajouter au magistral exposé des conditions de l'anesthésie chez les cardiaques, porté à la tribune académique, et j'aurais gardé le silence, si je n'avais été invité à présenter quelques considérations, par le souvenir d'une thèse d'agrégation. "Sur les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale, Paris, 1880.

Je commencerai par quelques remarques cliniques.

Que de fois n'avons-nous pas soumis, sans acci-

dents, aux inhalations chloroformiques, des opérés présentant un souffle cardiaque, de l'oppression, des oedèmes des membres inférieurs! témoins ces malades, ayant de vastes tumeurs abdominales, kystes ou fibromes, qui compriment tous les viscères, et s'accompagnent de dilatations veineuses, d'insuffisance du coeur droit, d'ascite, etc.: elles supportent l'anesthésie pendant des interventions de longue durée,—et guérissent.

Je citais, dans ma thèse, le cas de mon maître, le professeur Billaux, opérant sans accident un sarcome volumineux de l'omoplate, chez une femme de trente ans, ayant un souffle intense et un rétrécissement tricuspidien.

Voici un exemple plus récent: une malade de trente-trois ans est connue depuis longtemps dans le service de médecine, pour ses crises d'asystolie, qui, souvent, sont d'une gravité exceptionnelle: il y a dyspnée, saillie des jugulaires, oedème des jambes; le pouls est très irrégulier; en quelques mois elle a été ponctionnée trois fois, pour des ascites abondantes.

Elle entre dans le service de chirurgie pour un pincement intestinal très étroit, au niveau de l'ombilic. Mon chef de clinique, le Dr. Camelot, lui fait donner le chloroforme à petites doses, et l'opère avec succès.

Dans la statistique de ma thèse, comprenant 135 observations de morts par le chloroforme, on ne trouve que 6 ou 8 cas de lésions valvulaires, constatées à l'autopsie.

"La dégénérescence graisseuse" du coeur paraît avoir une influence néfaste mieux établie. Perrin l'a noté 11 fois sur 66 autopsies de décès par le chloroforme; et, dans notre tableau, elle est mentionnée 20 fois. La mort, chez ces malades, est survenue constamment pendant la narcose complète, au moment où, selon les expérimentateurs, on voit diminuer la force systolique du coeur, et baisser la tension artérielle. Mais le point difficile est de diagnostiquer d'avance cette dégénérescence du muscle cardiaque; car, ainsi que le faisait observer Huchard, ses symptômes cliniques se confondent, à peu près, avec ceux de l'artério-sclérose. Ordinairement, on ne pense guère aux dégénérés du coeur que chez les adipeux ou les obèses. Nous reviendrons plus loin sur la valeur réelle et le pronostic, au point de vue de l'anesthésie, de cette affection cardiaque, si fréquemment signalée dans les autopsies.

La "symphyse cardiaque" a été l'objet de réserves judicieuses dans la communication de M. Huchard. Il est certain que les malades qui en sont atteints sont de véritables "infirmes du coeur," chez lesquels cet organe fonctionne mal, à cause de l'in-

suffisance et de l'élargissement des orifices, à cause de l'altération scléreuse du myocarde, décrite par Balzer, Gombault et Morel-Lavallée, à cause des adhérences médiastines, sternales ou pleurales concomitantes. Chez le malade qu'on va chloroformer, on la soupçonnera lorsqu'il aura été victime d'attaques répétées de rhumatisme, qu'il présentera la pâleur et l'anémie des rhumatisants, des palpitations, de l'essoufflement; et, dès que l'on percevra quelques-uns des signes réputés caractéristiques, la dépression de Bouilland, l'ondulation de Sanders, ou le roulis de Jaccoud. Alors, il faudra être plein de ménagements dans l'administration de l'anesthésique. Ce n'est pas qu'on ne puisse endormir les malades qui en sont atteints, sans accidents; mais chez eux, à la dépression chloroformique s'ajoutera celle du "choc opératoire." Il n'est pas très rare de les voir succomber dans les heures ou les jours qui suivent l'opération. Il s'agit là d'une de ces tares constitutionnelles sur lesquelles Verneuil aimait à appeler l'attention, et qui contre-indiquent l'opération encore plus que l'anesthésie. Il ne faut agir que sous l'empire d'une nécessité bien établie. Voici deux faits très suggestifs à cet égard:

En octobre 1896, j'avais opéré une jeune femme de vingt-six ans, pour un double pyo-salpinx, compliqué de kyste de l'ovaire, par l'hystérectomie vaginale. L'opération fut laborieuse et dura six quarts d'heure. Le sommeil anesthésique fut obtenu facilement et resta calme: il ne nécessita que 30 grammes de chloroforme. Dans la soirée qui suivit l'intervention, la malade ne présenta rien de particulier. Mais, le lendemain matin, elle se plaignait, dans son jargon flamand, "de mal au coeur." A midi, l'interne garde fut appelé près d'elle. Elle était à demi dressée sur son lit, la tête étendue sur le tronc, les traits anxieux, la bouche ouverte, les doigts crispés, dans une crise d'angine de poitrine. Quelques instants après tout rentra dans l'ordre. Mais, le même jour, vers 5 heures du soir, par conséquent vingt-huit heures après l'opération, la malade avait une nouvelle crise, à laquelle elle succomba.

L'autopsie démontra que le péritoine était absolument sain, et qu'il n'y avait eu aucune complication opératoire. Mais, par contre, il y avait une "symphyse cardiaque presque complète." Le coeur, de volume ordinaire, était fortement dégénéré, et son parenchyme présentait nettement la teinte feuille morte. Le ventricule gauche était revenu sur lui-même, en systole, et, dans l'épaisseur de sa paroi antérieure, existait une plaque calcaire plus large qu'une pièce d'un franc. Notre interne ajoute: "Il est probable que, dans ce cas, l'intervention opératoire a été la cause occasionnelle de la mort. L'ébranlement nerveux a

été, pour le coeur, un surcroît de travail qu'il n'a pu fournir; et c'est quand il a été vaincu que la mort est survenue."

L'année suivante, en 1897, je fus témoin d'un second cas de mort par altération cardiaque analogue, mais dans des circonstances un peu différentes. Pour une double annexite scléreuse, très ancienne, une hystérectomie vaginale par morcellement avait été faite, avec de notables difficultés. Le soir et le lendemain, les suites opératoires furent bonnes. Temp., 37°8: Pouls, 100 à 112. Le surlendemain, à 8 heures du soir, "tout d'un coup," le pouls faiblit, devient irrégulier, sans que le malade accusât ni angoisse thoracique ni dyspnée. A 1 heure du matin, la malade mourait, sans qu'aucune nouvelle manifestation fût survenue. A l'autopsie on trouva, il est vrai, un léger exsudat péritonéal, mais, en même temps, une "symphyse péricardique totale" et une adhérence solide entre les feuillets de la plèvre. Evidemment, dans ce cas, on peut admettre que la légère infection péritonéale a joué un rôle dans l'issue funeste; mais la façon brusque du dénouement montre que les altérations du coeur n'y ont pas été étrangères.

Comme conclusion de ces deux faits intéressants, on peut dire que, chez les malades atteints de symphyse cardiaque, la chloroformisation n'est pas autrement périlleuse: on n'en pourrait dire autant de l'intervention chirurgicale, qui doit se justifier par le cas de nécessité absolue.

Quand on soumet aux inhalations chloroformiques un cardiaque, par exemple un mitral avec un léger degré d'asystolie, que se passe-t-il... J'avais, dernièrement, l'occasion de l'observer, chez un monsieur âgé de quarante-neuf ans, atteint d'une insuffisance mitrale ancienne (je l'opérais, avec le Dr. Voituriez, pour une appendicite aiguë suppurée avec gros foyer). Depuis trois ans, il avait eu plusieurs crises d'asystolie, caractérisées principalement par des troubles de la petite circulation; cyanose, oppression orthopnée; pouls très irrégulier, demeurant arythmique en dehors des crises. Foie gros; pas d'albumine dans les urines, mais faible densité, matières fixes et urée diminuées. Régime lacté depuis six mois: solution de digitaline au millième. Nous fûmes témoins des faits suivants, ordinaires en ces cas. Il y eut d'abord une irritation assez vive des premières voies par les vapeurs chloroformiques; et il faut procéder avec grande douceur pour éviter la toux et la suffocation. La période d'agitation, de défense et de contracture est assez vive. Les mouvements respiratoires présentent au début quelque irrégularité; le coeur bat avec force; le pouls est irrégulier; violemment tumultueux; il y a peu de cyanose de la face;

puis, lorsque la période de réaction est terminée, que la tolérance s'établit, le pouls devient plein, fort, et, chose remarquable, se "régularise complètement," alors que pendant la vie ordinaire il offrait des caractères tout autres. La première incision, parfois, laisse couler un sang cyanosé, bleuâtre, et même noir comme de l'encre. Il faut s'arrêter un instant dans l'acte opératoire, surveiller avec soin la liberté d'accès de l'air, et faire une traction soutenue, et même un peu rythmée de la langue. On suspend également les inhalations pendant quelques instants, et on ne reprend le bistouri que lorsque le pouls et la respiration sont réguliers et que le sang de la plaie offre des signes d'oxygénation meilleurs. Toutefois, je dois déclarer que j'ai opéré des malades qui, pendant toute la durée de l'opération, avaient présenté un sang d'une teinte veineuse, sans qu'il fût possible d'obtenir une coloration rouge normale.

(A suivre)

Les amibes dans la dysenterie

On sait que le rôle attribué aux amibes dans la genèse de la dysenterie constitue une question encore loin d'être tranchée d'une façon définitive. Tandis que certains auteurs ont trouvé d'une manière constante ces protozoaires dans la dysenterie d'Egypte, d'autres n'ont rencontré dans cette affection, en Europe, qu'un bacille bien déterminé, assez analogue au bacille d'Eberth, quoique immobile, agglutiné par le sérum sanguin des dysentériques, auquel ils ont reconnu la spécificité dans la maladie en question.

Or, voici que le Dr. Jaeger ("Berl. Klin. Woch." No 36, 1901) nous dit avoir rencontré des amibes dans 30 cas de dysenterie épidémique, observés par lui-même en Allemagne. Il attribue en conséquence un rôle important et primordial dans la genèse de l'affection à ces parasites, qui se rapprochent beaucoup des amibes égyptiennes, sans toutefois leur être identiques.

Ces amibes de Jaeger se distinguent très bien des protozoaires analogues qui sont les hôtes habituels et inoffensifs du tube digestif.

Tout d'abord, leur présence coïncide exclusivement avec la durée du processus dysentérique. Ces amibes sont d'autant plus mobiles que la maladie est plus récente, que les selles renferment plus de globules sanguins et purulents. Leur disparition se produit à mesure que les selles redeviennent fécaloïdes; dans les fèces ordinaires, et même diarrhéiques, on n'en trouve pas.

Ces parasites présentent encore la particularité

d'absorber les globules sanguins; dans toutes les préparations microscopiques de l'auteur, ils en renferment un ou plusieurs.

De plus, il est toujours impossible de les cultiver, phénomène qui n'existe pas pour les hôtes habituels de l'intestin.

Enfin, ils ont une action pathogénétique sur les chats. Or, Kruse a démontré que l'amibe de la dysenterie égyptienne, injectée dans le rectum des chats, produisait une diarrhée sanglante mortelle chez la moitié de ces animaux, lesquels présentaient à l'autopsie des tuméfactions de la muqueuse rectale. Les animaux les plus vigoureux et les plus âgés résistaient à l'infection. Jaeger a pu vérifier, au moyen de ces amibes, les assertions expérimentales de Kruse.

Tous ces faits permettent d'affirmer qu'il se trouve en présence de "l'amoeba dysenteriae, et non pas de l'amoeba coli saprophyte.

(Le concours Médical)

CHIRURGIE

Traitement de la péritonite aigue en particulier dans l'appendicite

par ALFRED MARTINET

D'un article de MM. Byron Robinson, paru dans "la Therapeutic Gazette," et ayant le titre sus-indiqué, nous extrayons les passages suivants qui résument sous la forme brève chère aux Américains, les principes directeurs du traitement médical de l'appendicite.

Il y a deux grands principes dans le traitement de la péritonite aiguë: 1° le repos physiologique; 2° le repos anatomique.

Le "repos anatomique" est recherché par le patient. La douleur l'oblige lorsqu'il est couché, à prendre une position telle que les muscles adjacents au péritoine soient mis au repos. Les muscles abdominaux, spécialement le psoas sont immobilisés, mis au repos par la flexion des cuisses sur l'abdomen. Bref, le patient est heureux d'aller au lit pour trouver le repos anatomique, obtenu en restant seulement sur le dos avec les systèmes squelettique et musculaire immobilisés.

Le "repos physiologique" est d'une importance vitale dans la péritonite aiguë. Alonzo Clark le réalise quand il donne aux patients atteints de péritonite une dose d'opium suffisante pour les cyanoser (to make them blue) et les faire dormir. Le traitement opiacé de Clark conviendra précisément quand le patient ne

sera pas immédiatement opérable. Quinze ans d'études spéciales en gynécologie et chirurgie abdominale m'ont démontré la grande importance du repos physiologique dans la péritonite aiguë.

Dans l'abdomen, il y a trois grands systèmes de viscères entourés par le péritoine savoir le tractus intestinal, l'appareil génital et l'appareil urinaire. Les deux derniers sont en rapport avec le péritoine physiologiquement immobile ou au repos. C'est le repos physiologique du tractus intestinal qui est le grand remède, le principe thérapeutique capital dans le traitement de la péritonite aiguë. "Dans la péritonite aiguë les intestins doivent être mis au repos; tout péristaltisme devra être évité." Comment ce principe sera-t-il réalisé ?

1° "Avant tout" n'autoriser ni alimentation ni liquide par la voie stomacale. Laver plutôt l'estomac s'il y a vomissement.

2° Mettre le malade absolument immobile au lit, ne l'autoriser à se lever ni pour la miction ni pour la défécation.

3° Donner de petites doses de sulfate de morphine, 4 à 5 milligrammes toutes les deux ou quatre heures.

4° Applications continues sur l'abdomen, froides au moyen de sacs de glaces, ou chaudes au moyen de cataplasmes.

5° Calmer la soif par l'emploi d'injections rectales et en autorisant le patient à humecter ses lèvres au moyen de gaze humide.

6° Ne pas autoriser la glace à l'intérieur. Nourrir le patient par le rectum avec des aliments liquides. J'ai nourri par le rectum, pendant des semaines des péritonitiques et les ai sauvés par cette méthode. Toute nourriture provoquant le péristaltisme, traumatisant l'exsudat péritonéal, détermine non seulement de terribles douleurs mais ouvre de nouvelles aires à la propagation de l'infection. Le chien est plus sage que l'homme, quand il souffre de péritonite il ne boit ni ne mange.

Quand l'irrationnelle idée de donner un cathartique au patient attaqué d'appendicite sera-t-elle extirpée de la pratique ?

Jamais jusqu'à ce que les spécialistes l'enseignent dans leur cours aux étudiants. Dans une attaque aiguë d'appendicite aucune pratique, aucun remède ne peut être plus nuisible que de donner un cathartique. Le cathartique irrite, provoque un violent péristaltisme et de violentes douleurs, et rompt le seul obstacle que la nature oppose à la péritonite, c'est-à-dire l'exsudat péritonéal. C'est donc une hérésie contre la médecine rationnelle. Le cathartique et l'évacuation consécutive ne sont pas

salutaires. Ce n'est pas le tractus intestinal qui est malade mais le péritoine.

Dans l'appendicite aiguë qui est pratiquement la péritonite aiguë, il faut donner à la nature une chance pour se défendre elle-même par le repos anatomique et physiologique; n'autoriser par la bouche ni aliments, ni liquides, ni cathartiques; ordonner au malade de rester tranquille au lit de façon permanente; calmer la soif par des injections rectales et contribuer au repos physiologique par l'administration hypodermique de très petites doses de sulfate de morphine; de façon à donner au péritoine le temps de produire un exsudat qui: 1° emprisonne les germes; 2° les stérilise; 3° les digère.

Ne donnez pas de cathartiques ou de nourriture par la bouche dans la péritonite aiguë. Donnez le repos anatomique et physiologique.

Quelle est l'utilité du repos anatomique et physiologique dans le traitement de la péritonite aiguë ?

1° Il prévient la rapide dissémination des éléments infectueux dans le péritoine en ne déterminant pas de péristaltisme violent. Il immobilise le tractus intestinal; l'exsudat péritonéal englobant les germes les stérilise, les digère et aide à l'obturation des perforations viscérales. Quand l'alimentation est interrompue le tractus intestinal reste immobile car la présence de nourriture détermine le péristaltisme. Les vomissements cessent ou diminuent. Si de la nourriture a été prise il est sage de laver l'estomac.

Cette méthode de traitement permet souvent aux malades de franchir les périodes dangereuses après lesquelles l'opération donne des résultats beaucoup plus satisfaisants.

L'application de ce traitement n'est jamais aussi utile que dans l'appendicite la plus traîtresse (treacherous) des affections abdominales. L'opération contre l'appendicite pourra être reportée au moment opportun. Son évolution sera régularisée, contrôlée et modifiée par cette méthode.

Ne donnez ni aliments ni liquides par la bouche dans la péritonite aiguë.

(La presse méd.)

De la méthode des subluxations rythmées du maxillaire inférieur

Au moment où la chloroformisation et les accidents auxquels elle peut donner lieu préoccupent, à bon droit, tous les chirurgiens, il nous paraît intéressant de signaler au public médical un moyen essentiellement simple et pratique d'éviter au malade la syncope. Dans les divers services de chirurgie dont nous avons fait successivement partie en qualité de

stagiaire ou d'externe, nous avons pu, grâce à cette méthode, obtenir près d'un millier de fois la narcose sans aucune espèce d'alerte.

Le "modue operandi" que nous allons décrire brièvement n'a pas la prétention, disons-le tout de suite, de bouleverser foncièrement les techniques journallement employées; il ne doit être considéré que comme une manoeuvre supplémentaire, surajoutée à la méthode classique des doses faibles et continues dont M. Mauclair, puis M. le docteur Biousse ont récemment précisé les règles ici même.

Le malade étant dans le décubitus dorsal, la tête sur le plan du lit, le tronc soulevé par une alèse plusieurs fois repliée sur elle-même, nous versons le chloroforme sur la compresse en gouttes régulièrement espacées, jusqu'à la période d'excitation. Nous ne négligeons jamais, dans l'intervalle des apports successifs de chloroforme, de soulever énergiquement le maxillaire inférieur au moyen de la pulpe des pouces appliquées sur le bord postérieur des branches descendantes, au voisinage des angles de lo's. Cette précaution, dont notre maître M. Arrou nous a si souvent montré l'importance capitale, ne suffirait pourtant pas elle seule à éviter l'emploi fastidieux et brutal de la pince à langue, et à assurer une narcose exempte d'accidents.

C'est pourquoi, dès que le malade a atteint la période d'excitation, nous précipitons l'administration des gouttes d'anesthésique; et dans l'intervalle qui s'écoule entre une goutte de chloroforme et celle qui la suit, nous imprimons au maxillaire inférieur des mouvements rythmiques en haut et en avant. Ces subluxations rythmées du maxillaire s'obtiennent d'autant plus aisément que le relâchement musculaire devient plus complet. Elles entraînent et meuvent de mouvements également périodiques l'appareil suspenseur de la langue et conservent au réflexe pharyngien une demi-vigueur qui suffit à la respiration. Leur avantage principal sera donc d'assurer la régularité du mécanisme inspiratoire malgré la précipitation des doses de chloroforme. Un autre avantage réel et précieux, lui aussi, des subluxations rythmées du maxillaire, c'est de faciliter dans une large mesure l'expulsion des mucosités qui si souvent, en particulier chez les fumeurs et les alcooliques, viennent obstruer les voies respiratoires supérieures.

Pendant toute la durée de l'opération, nous nous appliquons à conserver à notre malade "un réflexe palpébral mou, sur le point de disparaître" (Biousse). C'est là un précepte que nous avons toujours suivi d'instinct et que nous avons été heureux de voir nettement formulé. Ce degré d'anesthésie, suffisant pour les opérations les plus douloureuses, étant obtenu,

nous recommandons à espacer un peu plus les doses de chloroforme, sans oublier de faire alterner chacune d'elles avec quelques larges mouvements de subluxations et de déluxations provoquées du maxillaire, suivant un mode régulièrement rythmique. Que la narcose ait été poussée un peu trop loin, que, suivant l'expression de M. Reynier, l'élève ait eu "la main un peu lourde," et l'on pourra voir notre petite manoeuvre acquérir toute sa valeur. Grâce à elle, "il ne sera jamais" utile de faire les tractions rythmées de la langue pour la raison que le malade n'arrivera jamais à l'état asphyxique nécessaire pour légitimer ces tractions. Quant à la pince à langue, nous n'avons jamais eu l'occasion de nous en servir, sauf dans les cas tout à fait exceptionnels de certaines opérations sur la face. Mais même dans ces cas, les subluxations rythmées du maxillaire inférieur rendront de grands services à l'anesthésiste, toutes les fois qu'il pourra les pratiquer.

Nous renvoyons pour les détails de l'anesthésie chloroformique aux traités classiques, et aux derniers travaux inspirés par les discussions récentes de la Société de chirurgie. Les règles que nous trouvons édictées un peu partout sont toutes bonnes: il suffit seulement de les appliquer avec vigilance et sang-froid.

Pourtant nous voudrions mettre en garde des collègues plus jeunes contre une petite complication de l'anesthésie sur laquelle, à notre sens, les auteurs n'ont pas suffisamment insisté. Il s'agit de ces cas de kératites superficielles qui abolissent presque complètement le réflexe palpébral. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion dans le service de notre maître M. le professeur honoraire Panas de constater une pareille abolition primitive d'un réflexe extrêmement précieux pour l'anesthésiste. Que faire alors? Le réflexe crémastérien est loin; le pouls est difficile à suivre puisqu'il est essentiel, d'après notre méthode, de ne pas abandonner le maxillaire inférieur. Un bon moyen de surveiller la narcose est alors de se fier aux mouvements d'ampliation du thorax et de l'abdomen, ou mieux encore "à la force des expirations." Une sensibilité un peu spéciale de la face dorsale de la main, acquise et développée par l'habitude, nous permettra d'apprécier très exactement l'intensité des expirations. Pour mieux constater encore l'existence de l'air expiré il sera utile d'humidifier légèrement l'une de ses mains avec une solution très étendue d'éther. Cet artifice, bien connu des marins qui l'emploient couramment pour se renseigner sur la direction d'une brise faible, permettra de percevoir le plus léger souffle et d'être ainsi fixé sur la force de son émission. Dès que cette émission paraîtra affaiblie

d'une façon anormale, il faudra pratiquer sans retard notre petite manoeuvre; on évitera ainsi de "laisser mourir" un réflexe dont la demi-existence est nécessaire et suffisante pour la régularité de la fonction respiratoire.

En somme, pour qu'une anesthésie chloroformique soit parfaite à tous points de vue, il faut pouvoir mépriser et la pince à langue, et la syncope: telle est la proposition fondamentale qui se dégage de tout ce qui précède. Un bon moyen essentiellement pratique, singulièrement fidèle, d'arriver à ce double résultat est contenu tout entier dans la méthode des sùbluxations rythmées du maxillaire inférieur, qu'il nous a paru intéressant de livrer à l'expérimentation journalière des élèves et des praticiens.

(Gaz. des hop.)

GYNECOLOGIE

Contribution à l'étude de la pathologie des déviations menstruelles

A l'instauration de la menstruation une révolution s'accomplit dans l'organisme par des phénomènes plus ou moins importants, qui transforment la jeune fille en femme.

L'hémorragie cataméniale, ou pour plus de précision le flux cataménial, se fait à l'état normal dans le système génital; quelquefois cette hémorragie se produit dans d'autres organes, simultanément avec les règles, et constitue ce qu'on appelle des règles supplémentaires.

La menstruation peut être remplacée par une hémorragie périodique, se manifestant à l'époque des règles, supprimées ou non, sur un point quelconque du corps. Cette altération de la fonction physiologique se nomme déviation menstruelle.

Nous diviserons dans notre étude les déviations menstruelles en deux ordres: causes prédisposantes et causes déterminantes.

I.—Causes Prédisposantes.

Parmi ces causes, il faut citer "l'âge." Les déviations se manifestent à la puberté et dans la première moitié de la vie. Elles deviennent plus rares à mesure que l'on se rapproche de la ménopause.

Climat.—Le climat chaud favorise la menstruation; il l'active, il aide l'organisme à faire des poussées congestives supplémentaires.

Races.—Toutes les races sont sujettes à ces déviations menstruelles.

Causes hygiéniques.—La danse, les bals, les soirées pendant l'époque menstruelle provoquent ces

perturbations à cause de la fatigue, des longues soirées d'insomnie et de l'excitation exagérée du système nerveux.

Constitution.—Toutes les constitutions sont sujettes à ces déviations des règles.

II.—Causes déterminantes.

Parmi ces causes, il faut citer:

Causes nerveuses.—Le système nerveux exerce son influence sur tous les organes et en particulier sur le système vasculaire et vasomoteur. L'hystérie produit les déviations menstruelles, non comme maladie propre du système nerveux, mais comme maladie provenant du système nerveux.

Causes psychiques. Emotion.—On sait qu'à l'état physiologique les différentes émotions exercent une influence défavorable sur l'état psychique du sujet. Cette action est aussi manifeste dans les états pathologiques, où les impressions morales jouent un rôle fâcheux. L'émotion, par une action purement réflexe, produit les déviations.

Causes physiques. Froid.—Le froid peut devenir la cause d'une suppression subite de l'écoulement menstruel, et cette suppression occasionne des déviations.

Causes latentes, causes organiques. Maladies aiguës—Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de l'influence des maladies aiguës sur la fonction menstruelle. Généralement, les règles sont anticipées et au cours des maladies aiguës on observe souvent des déviations menstruelles.

Maladies chroniques.—Les règles sont supprimées dans la grande majorité des cas, durant les maladies chroniques.

Causes génitales.—Métrites et endométrites.—Quelques auteurs affirment que les métrites et endométrites provoquent des déviations menstruelles. Les salpingites peuvent provoquer les déviations menstruelles.

Affections cutanées. Erysipèle.—L'érysipèle cataménial, périodique, se produit régulièrement à chaque époque menstruelle. Les récurrences de l'érysipèle cataménial se produisent régulièrement à chaque poussée des règles.

Causes latentes.—Les causes latentes sont toujours chroniques et non génitales, par conséquent ce sont les organes en dehors de la génération qui en sont le siège. Pour toutes ces causes, il s'ensuit une déviation du mouvement fluxionnaire, qui, au lieu de se faire par l'utérus, dévie les règles vers l'un des organes de l'économie, produit une congestion plus ou moins intense, puis l'hémorragie.

Conclusions :

1. Dans certaines circonstances défavorables, l'é-

coulement menstruel peut être supprimé et remplacé par des phénomènes congestifs du côté d'un organe plus ou moins prédisposé.

2. Le but du médecin consiste à éviter ces poussées congestives du côté des organes, lesquelles peuvent être par leur répétition, si l'organe est prédisposé à une diathèse, réveillées ou actives, ce qui est souvent assez critique pour la vie de la malade. Chez les jeunes filles, les hémoptysies ont souvent pour cause la tuberculose; à un âge plus avancé, les hématomésos ont pour cause la plupart des fois une diathèse cancéreuse à l'état latent.

3. Les autres organes subissent des poussées en rapport avec les congestions supplémentaires dont ils sont le siège.

4. Pour obvier ces phénomènes congestifs, les emménagogues seuls ne suffisent pas; il faut donc ne pas se contenter de la médecine purement symptomatique, mais s'attaquer à la cause elle-même en agissant sur l'organe qui est le siège d'une congestion supplémentaire au moment de l'époque menstruelle. C'est ainsi qu'on pourra rétablir l'équilibre.

(Gaz. méd. d'Orient)

PEDIATRIE

Convulsion chez l'enfant

(Suite)

III. Traitement.—Les convulsions se montrant presque toujours chez les enfants comme un incident surajouté à un état pathologique déjà constitué, c'est contre la maladie causale que le médecin aura à lutter. Toutefois, l'incident a, dans l'espèce, un caractère toujours fâcheux, et on doit s'occuper aussi de la thérapeutique de l'accès convulsif.

Les bains tièdes simples ou de tilleul ont été avec juste raison pronés par le plus grand nombre de médecins d'enfants. Quel que soit l'état pathologique au cours duquel éclatent les convulsions, affections de l'appareil pulmonaire, des reins, fièvre éruptive en préparation ou en évolution, ces bains ne peuvent avoir aucun effet fâcheux. L'action diurétique du bain s'associe avantageusement à son action calmante. On peut y maintenir longtemps l'enfant: une heure, deux heures même.

Les bains frais ou froids peuvent être aussi fort utiles. De même que l'enveloppement dans le drap mouillé, ces bains s'adressent tout particulièrement aux convulsions survenant au cours d'une affection avec fièvre ardente, ou bien lorsque le thermomètre s'élève par trop, du fait d'accès subintrants.

En dehors d'une notable élévation du thermomètre, les bains froids ne semblent pas devoir être préférés aux bains tièdes. Les analogies des frissons et des convulsions d'ordre réflexe sont trop évidentes pour que l'on ne puisse redouter l'excitation produite sur la peau par un froid brusque.

La réfrigération de la tête paraît un heureux complément de la baignation. Il faut toujours y avoir recours pendant la durée des bains, soit en plaçant des compresses froides sur le crâne et le front, soit en versant de l'éther goutte à goutte sur la tête de l'enfant. L'application de la glace en permanence semble très rationnelle.

La chloroformisation paraît un des procédés les plus efficaces pour atténuer les attaques éclamptiques ou y mettre fin. Les inhalations ont été quelquefois prolongées fort longtemps, six, vingt-quatre et même soixante heures. La méthode employée doit toujours être des inhalations modérées. Dès que les convulsions reparaissent, on verse quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir et l'on ne fait respirer les vapeurs chloroformiques que mélangées à une certaine quantité d'air. L'éther peut être utilisé comme le chloroforme.

La compression des carotides a été conseillée par Trousseau.

Rien n'autorise à recommander le procédé de Trousseau comme un procédé applicable à tous les cas. L'usage nous renseignera sur ceux où il peut rendre réellement service.

Les émissions sanguines ont été surtout conseillées pour lutter contre la congestion veineuse cérébrale, se traduisant cliniquement par la cyanose de la face, la turgescence des veines.

La saignée trouve encore son indication, si l'on croit les convulsions en rapport avec un état inflammatoire des méninges et surtout dans le cas d'éclampsie urémique.

Le rôle de l'auto-intoxication, dans la genèse des convulsions, légitime bien souvent l'évacuation d'une certaine quantité de sang. Les analogies si grandes de certains cas d'éclampsie infantile avec l'éclampsie de la grossesse plaident absolument en faveur de cette façon de faire.

Certains médecins appliquent les sangsues au niveau des apophyses mastoïdes. Le pied et la jambe sont les parties les plus convenables pour appliquer les sangsues chez les enfants, car il peut arriver que le sang ne vienne pas assez largement et alors on emploie l'eau chaude pour favoriser la saignée; s'il venait au contraire trop fort, on serait à portée de l'arrêter avec une bande.

Les injections de sérum artificiel semblent indi-

quées dans les cas où l'on soupçonne que les convulsions sont dues à une intoxication, une auto-intoxication ou une toxi-infection; elles doivent agir en opérant le lavage du sang et en favorisant l'élimination des substances convulsivantes par l'émonctoire rénal. Une contre-indication formelle serait le soupçon de tubercules cérébraux ou de méningite tuberculeuse tenant les convulsions sous leur dépendance.

Les inhalations d'oxygène paraissent formellement indiquées dans plusieurs circonstances: si les convulsions sont produites par anoxhémie, comme dans les sténoses laryngées, la coqueluche, la broncho-pneumonie, la maladie bleue, etc., et également aussi quand l'asphyxie devient menaçante du fait même de la répétition des accès qui entravent le jeu de la respiration.

Si les convulsions se prolongent, si l'enfant reste dans le coma, certains pédiatres ont l'habitude de recourir à la révulsion. Cette révulsion est obtenue surtout par les bains sinapisés. Cette question de l'utilité de la révulsion est très discutée.

Comme moyen révulsif sans danger, mais peut-être aussi un peu anodin, Monténuis conseille l'emploi des bottes mouillées. Toute la jambe est enveloppée dans une serviette bien imprégnée d'eau froide, allongée d'eau de Cologne ou de vinaigre, qu'on entoure ensuite d'une flanelle épaisse.

Dans les cas de spasme de la glotte, au contraire, si l'apnée se prolonge et s'il y a menace d'asphyxie ou de syncope, une révulsion immédiate et énergique s'impose: la flagellation des fesses, l'aspersion d'eau froide à la figure et sur la poitrine. Marfan rappelle la pratique de Vogel, qui consiste à plonger le doigt dans la bouche et toucher l'épiglotte pour provoquer un vomissement et déterminer une inspiration profonde; mais il conseille surtout les tractions rythmées de la langue, manoeuvre qui devra être enseignée aux parents pour parer à un danger subit.

Les médicaments dits antipasmodiques, en vogue autrefois, oxyde de zinc, jusquiame, valériane, etc., sont aujourd'hui complètement délaissés; le musc a subi le même discrédit. Quant à l'opium, très employé en Angleterre, et à l'atropine, recommandée par Steiner, ils paraissent tout à fait dangereux.

Le chloral, le bromure de potassium et l'antipyrine rendent, au contraire, de réels services. Le chloral est habituellement donné par doses fractionnées, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures:

Nouveau-nés, de 3 à 5 centigrammes;

Nourrissons, de 5 à 15 centigrammes;

De deux à six ans, 20 à 30 centigrammes.

Ces doses, qui ont été dépassées par quelques

praticiens, tels que Barthez, Ellis, etc., semblent cependant, pour Picot et d'Espine, et Deseille, devoir être maintenues. Toutefois, si l'on est obligé de recourir à la voie rectale, on peut doubler la dose. J. Simon indique même 50 centigrammes pour un lavement de 60 grammes chez les enfants de trois à six mois.

D'après Le Gendre et Comby, l'administration de ce médicament est tout à fait contre-indiquée dans le cas de cyanose avec asphyxie.

Les bromures, d'une action peut-être moins immédiate, mais tout aussi efficace, sont recommandés par presque tous les pédiatres.

Les bromures et le chloral sont le plus habituellement associés dans le traitement des convulsions infantiles, West et Blachez donnent le bromure le jour et réservent le chloral pour la nuit.

L'antipyrine a été donnée par Monténuis en lavements, 10 à 20 centigrammes dans 5 à 10 grammes d'eau, dose qu'on peut renouveler deux ou trois fois si nécessaire. On sait que les enfants supportent d'ordinaire fort bien ce médicament; mais il me semble prudent de n'y avoir recours que si l'on est certain de l'intégrité de l'appareil rénal.

La ponction lombaire de Quincke, pratiquée en vue de fixer le diagnostic si l'on soupçonne une méningite bactérienne ou séreuse, peut devenir un moyen thérapeutique pour lutter contre l'inflammation des méninges et ses conséquences.

La convulsion guérie, l'oeuvre du médecin n'est pas terminée. Non seulement il aura à poursuivre le traitement de la maladie qui a provoqué la crise éclamptique, mais il devra comprendre la signification d'un incident nerveux qui indique les tendances morbides du jeune sujet. L'aptitude convulsive s'est démasquée; tout devra être tenté pour en modérer les progrès.

M. d'Espine, rapporteur (voir "Gazette," 13 avril 1902, p. 339).

Discussion.

M. Riberolles a pu reconstituer, aussi complète que possible, l'histoire possible, l'histoire pathologique de nombreuses familles, à l'effet de rechercher l'existence de la transmission par hérédité de l'insuffisance cardiaque. Il s'est trouvé, au nombre de ces observations, 130 cas d'éclampsie infantile, les uns observés "de visu," les autres puisés dans le passé de sujets adultes ou l'âge mur. Il résulterait de la lecture de quelques-unes de ces observations que l'éclampsie infantile ne se manifesterait que chez les enfants à hérédité cardiaque, hérédité que, pour le cas particulier, on pourrait désigner sous le nom d'insuffisance primitive du coeur.

Ce qui confirmerait cette opinion, c'est que dans tous les cas examinés on a constaté, soit chez les ascendants directs du convulsif, soit sur ses collatéraux, des lésions cardiaques confirmées ou des signes non moins nets d'insuffisance cardiaque.

M. M. Faure a examiné, avec la méthode de Nissl, l'écorce cérébrale de cinq enfants en bas âge morts de convulsions au cours de différentes maladies (broncho-pneumonie, coqueluche, gastro-entérite) et n'a constaté, ni dans l'état de la circulation, ni dans les cellules corticales, des troubles en rapport avec l'état convulsif.

Sans vouloir généraliser cette observation, M. Faure croit cependant que, dans beaucoup de cas, les convulsions chez le petit enfant doivent être un accident toxique analogue au délire chez l'adolescent ou l'adulte. Chez les uns et les autres, c'est le centre cortical le plus actif, le plus prompt à réagir, qui réagit à l'action des poisons retenus dans le milieu intérieur par une élimination insuffisante pour laquelle les lésions réno-hépatiques jouent un rôle principal.

M. Audebert (Toulouse) a fait avec M. Arnoz en 1896 et 1897 des recherches d'où il résulte que, sur vingt-six enfants nés de mères non albuminuriques, un seul présentait de l'albuminurie au moment de la naissance, tandis que, sur dix nouveau-nés issus de mères albuminuriques ou éclamptiques, huit fois on a trouvé de l'albuminurie dans l'urine; deux fois seulement il n'en existait pas.

De ces deux derniers enfants, l'un était né d'une mère chez laquelle l'albuminurie se déclara seulement pendant le travail; l'autre eut des convulsions le quatrième jour.

Un autre enfant, dont la mère mourut après seize attaques d'éclampsie, fut pris lui-même, vingt-quatre heures après sa naissance, de convulsions ayant tous les caractères de l'éclampsie.

Enfin, M. Audebert a observé un enfant qui, à la suite d'un enfoncement du frontal dû à une application de forceps au détroit supérieur, fut atteint de convulsions et succomba bientôt après.

M. Cany (Toulouse) apporte au nom du professeur Escherich deux mots d'éclaircissement relatifs à la statistique publiée par M. le professeur d'Espine.

M. Escherich n'établit point de séparation entre la tétanie et le laryngospasme; il estime que la recherche des symptômes tétaniques est très minutieuse et ne saurait être faite dans une consultation rapide où l'enfant crie et s'agite. Pour lui, le laryngospasme est un accident de la tétanie, ou, du moins, les accidents glottiques et tétaniques sont l'expression d'une seule et même affection.

Enfin, l'âge où l'on observe ces accidents (à Graz

du moins), de deux à trois ans, a amené Escherich à admettre une influence évidente du développement des centres de la parole; ce développement provoquait un lieu de moindre résistance.

M. Bézy (Toulouse), parmi les faits relevés dans les rapports de MM. d'Espine et Moussous, en souligne trois à cause de leur importance pratique:

1° La sage réserve de M. Moussous à propos de l'influence des vers intestinaux. M. Bézy poursuit notamment, depuis deux ans, une enquête expérimentale et clinique avec M. Jammes, et n'a trouvé encore aucun fait permettant d'affirmer cette influence;

2° L'inutilité des sinapismes dans le traitement de l'attaque d'éclampsie dans la plupart des cas;

3° La difficulté, en présence d'une crise convulsive, de dire s'il s'agit d'hystérie, d'éclampsie ou d'épilepsie.

M. Ausset (Lille) n'a en vue que les convulsions dites essentielles. Les gastro-entérites sont la cause la plus fréquente des convulsions; le rachitisme n'agit comme cause étiologique que parce qu'il est l'aboutissant, la complication, des gastro-entérites chroniques.

Au point de vue de l'âge, les convulsions sont bien plus fréquentes dans les six premiers mois. L'hérédité est toujours entachée de nervosisme; l'hérédité neuro-arthritique est la plus fréquente; l'hérédité épileptique est rare et on ne peut assimiler les convulsions infantiles à l'épilepsie.

La crise éclamptique diffère de la crise épileptique; pas de cri initial, le plus souvent. Les convulsions peuvent être générales ou partielles; dans ce cas elles s'accompagnent des troubles généraux de la grande crise. La crise épileptique se distingue encore de la crise éclamptique par l'absence de régularité dans la succession des symptômes. La convulsion interne (spasme de la glotte) peut s'observer isolément et reconnaît la même étiologie que la grande crise éclamptique.

Comme traitement, la balnéation tiède,—chez les petits enfants surtout,—le drap mouillé, donnent de bons résultats. Les inhalations chloroformiques employées avec prudence font cesser la crise convulsive. Les grands lavements évacuateurs sont à employer. Il faut éviter la douleur, renoncer aux injections de sérum artificiel pendant les heures qui suivent l'accès, aux bains sinapisés et aux sinapismes.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

OPHTHALMOLOGIE

Traitement des traumatismes oculaires

(Suite)

Le traitement consistera avant tout dans la désinfection, car ici encore le rôle de l'infection est prépondérant.

On réduira l'iris s'il y a lieu, ou on réséquera sa hernie. Une instillation d'atropine, ou de pilocarpine, suivant le siège central ou périphérique de cette plaie, aidera à éviter l'enclavement de la membrane irienne.

Dans quelques cas, principalement quand on se trouve en présence d'une plaie anfractueuse, on pourra, à l'aide de la conjonctive disséquée sur une certaine étendue, puis suturée par-dessus la plaie, obtenir une coaptation satisfaisante. Mais encore une fois, l'indication capitale est dans l'antisepsie la plus rigoureuse.

Les brûlures de la cornée offrent de nombreuses analogies avec celles de la conjonctive, auxquelles d'ailleurs elles sont fréquemment associées. Elles sont justiciables du même traitement.

Superficielles, elles ne produisent qu'un léger trouble dans la transparence de cette membrane, trouble qui ne tarde pas à se dissiper. Plus profondes, elles peuvent entraîner la perforation du globe.

Les brûlures par les acides, par la chaux, etc., sont, comme pour la conjonctive, les plus à redouter.

Le pronostic, dans les brûlures de la cornée, n'est pas toujours en rapport avec les désordres initiaux. C'est ainsi que la brûlure par un fer à friser ou à ondule, très fréquente, est le plus souvent dépourvue de gravité, quoique s'accompagnant, immédiatement après l'accident, de symptômes tapageurs, vive douleur et même opacification presque totale de la cornée. Le plus souvent, l'épithélium superficiel est seul atteint et les choses ne tardent pas à rentrer dans l'ordre.

Par contre, une brûlure par l'ammoniaque, quoique légère en apparence, est presque toujours très grave. La cornée, transparente tout d'abord, se trouble progressivement, l'opacité s'accroît peu à peu et devient bientôt totale et persistante, ainsi que je l'ai démontré.

L'iridectomie optique est alors la seule ressource.

Les corps étrangers de la cornée s'observent journellement. Ils donnent lieu parfois à une réaction violente, photophobie, blépharospasme. Parfois aussi ils sont tolérés pendant assez longtemps sans provoquer d'autres phénomènes qu'une gêne légère. En tous cas on devra les extraire sans tarder, de crainte de complications; mais la première condi-

tion est de les bien voir, et on devra souvent avoir recours à la loupe et à l'éclairage oblique.

Le diagnostic est généralement facile. Le corps étranger forme une petite tache noire ou brune à la surface de la cornée, avec un cercle grisâtre. Il est bon, à ce propos, d'attirer l'attention sur une erreur qui a été commise plusieurs fois: une coque de millet adhérent à la cornée peut en imposer pour une phlyctène ou un abcès.

L'extraction d'un corps étranger est, la plupart du temps, chose aisée. S'il est superficiel, il suffit d'opérer un petit grattage avec une fine curette. S'il est incrusté dans les lames de la cornée, on le libère à l'aide d'une aiguille spéciale ou de la pointe d'un bistouri.

On fera précéder l'opération d'une instillation de cocaïne et on s'entourera, cela va sans dire, de toutes les précautions antiseptiques.

Il peut arriver qu'un corps étranger ait pénétré si profondément dans l'épaisseur de la cornée, qu'il risque de passer dans la chambre antérieure.

Alors on devra faire coup sur coup des instillations d'ésérine ou de pilocarpine pour contracter la pupille et protéger le cristallin, puis on procédera à l'extraction avec un soin minutieux. L'aimant peut rendre de grands services pour l'enlèvement de certains corps étrangers (fer).

Les soins consécutifs consistent en lavages avec une solution antiseptique. S'il y a des dégâts de quelque importance, on prescrira les instillations de pilocarpine et le bandeau occlusif.

Certaines professions exposent plus particulièrement aux corps étrangers de la cornée: les tourneurs, les affréteurs, les serruriers, les mineurs, les cantonniers, en sont fréquemment atteints. Il est bon de leur recommander, par mesure prophylactique, de se munir de lunettes protectrices.

Les corps étrangers de la chambre antérieure constituent la seule affection de cette région dont nous ayons à nous occuper ici. Leur présence est un danger pour les organes voisins; il importe donc de les évacuer au plus tôt à l'aide d'une pince, par une ouverture pratiquée au limbe avec le couteau lancéolaire.

"Iris."—Cette membrane, cela se conçoit, est moins exposée aux traumatismes que les précédents; en général sa blessure est liée à des traumatismes plus profonds.

Les contusions sont fréquentes; à la suite d'un choc sur le globe (coup de poing, etc.), l'iris subit un ébranlement qui peut produire son décollement, sa déchirure ou une paralysie du sphincter. Ces accidents s'accompagnent généralement d'hypohéma et sou-

vent de luxation du cristallin et de lésions des autres membranes.

Le décollement de l'iris se signale par la déformation de la pupille et par l'apparition au niveau du grand cercle d'une fente plus ou moins large, nouvelle pupille qui permet de voir, à l'aide du miroir ophtalmoscopique, le reflet rouge du fond de l'oeil. De plus, la portion décollée change de couleur, devient grisâtre, et parfois flotte dans la chambre antérieure.

La déchirure, plus rare, intéresse le sphincter et se traduit par une dilatation et une déformation de la pupille avec tous les signes d'un iritis.

Le traitement des contusions de l'iris est celui des iritis: repos de l'oeil, compresses chaudes, atropine.

Les plaies de l'iris n'existent jamais seules; elles appartiennent généralement aux plaies en masse, et causent une vive douleur.

(*Le Concours Médical.*)

SYPHILIGRAPHIE

Sur la syphilis de la cavité buccale

La cavité buccale est une porte d'entrée fréquente après la région génitale. L'affection initiale doit y être surveillée avec d'autant plus de vigilance que l'induration, l'ulcération, et l'engorgement ganglionnaire indolent, qui forment ses trois caractères principaux, sont loin de revêtir toujours des caractères typiques.

Le chancre du début, quand il siège à la région labiale, affecte plus volontiers la lèvre inférieure que la lèvre supérieure. La région atteinte présente fréquemment, sur une vaste étendue, des signes d'œdème, de rougeur inflammatoire; elle paraît tuméfiée, et porte sur son centre une ulcération. Celle-ci est couverte du côté extérieur d'une croûte, de coloration jaune, brune ou noire, formée d'imbrications à la façon d'une écaille d'huître; du côté inférieur, au contraire, elle présente un enduit adhérent, grisâtre, diphthéroïde, qui ne laisse libre que le bord rouge brun de l'ulcération. La croûte arrachée, on trouve soit une excavation plus ou moins profonde, soit une surface rouge brunâtre, brillante, une érosion légèrement sanguinolente, qui présente à la palpation l'induration caractéristique. Enfin la tuméfaction, souvent visible à l'oeil, des ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires, d'ailleurs indolents, complète l'image clinique de la lésion.

Malheureusement, c'est là un aspect classique, qui n'est pas fréquent. Le diagnostic devient très dé-

licat, quand on se trouve en présence de lésions initiales atypiques des lèvres. Celles-ci revêtent l'aspect de rhagades ou de plaies persistantes qui occupent de préférence le milieu de la lèvre inférieure et de la commissure labiale. En pareil cas, la tuméfaction est faible, l'induration peu accentuée et peu étendue. Quand il s'agit de malades qui présentent habituellement des gerçures aux lèvres et de la stomatite, il est presque impossible de poser un diagnostic; tout au plus peut-on être mis sur la voie par la persistance de la rhagade, par sa faible tendance à la guérison. La présence de ganglions peut éclairer le médecin.

Après les lèvres, c'est la langue qui porte le plus souvent le chancre initial. Celui-ci en occupe la partie antérieure, et plus spécialement la pointe ou les bords. Il présente l'aspect d'une érosion aplatie, rouge-foncée, ou couverte d'un enduit diphthéroïde. Celle-ci est bien délimitée, de circonférence ronde ou ovale, et présente seulement une induration en forme de lame. Le chancre peut encore représenter une ulcération ronde ou ovale, en cratère profond, à fond lardacé, et dont le bord est surélevé. Cette lésion est également indolente, et s'accompagne de ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires.

D'une façon très rare, l'accident initial de la syphilis se localise aux gencives. En pareil cas, il affecte de préférence la partie tout à fait antérieure de la mâchoire supérieure. Le plus souvent, il s'agit alors d'une infiltration assez marquée, bien délimitée, de coloration brun-rougeâtre, dont la surface seulement est érodée ou diphthéroïde. Elle occupe généralement l'étendue de deux ou trois dents, se développe soit en avant, soit dans les espaces interdentaires, se présente une consistance un peu plus dure que la gencive avoisinante. Les dents correspondantes peuvent être quelquefois ébranlées. Les ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires participent à l'infection: on ne signale que très rarement la présence du ganglion préauriculaire. La sensibilité, surveillée par cette lésion est très variable, celle-ci peut être très douloureuse.

Quelquefois, il est presque impossible de diagnostiquer le chancre des gencives; quand par exemple il consiste en une érosion superficielle, sa coloration jambonnée, sa surface plus brillante peuvent seules faire penser à la spécificité. Encore faut-il citer l'indolence des ganglions.

Le chancre du palais est également chose rare, il en est de même pour celui des joues, des amygdales.

Il faut insister un peu sur le chancre des amygdales, car il présente ici certains caractères particuliers, qui ne se retrouvent pas dans les autres régions,

et qui rendent par conséquent le diagnostic plus difficile. Tout d'abord cette variété est douloureuse; et les sensations subjectives sont quelquefois si intenses que les malades n'accusent primitivement à leur médecin que le symptôme douleur. Cette douleur se produit par accès; elle occupe toute la moitié correspondante de la tête, s'irradiant vers les oreilles, vers la nuque.

(à suivre)

Coq-a-l'ane medicaux

Ophthalmie des nouveau-nés.

D'après Piotrowski (Centr. f. Gyn.) le protargol serait le meilleur agent pour prévenir l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Les paupières sont nettoyées avec une solution d'acide borique à 3 pour cent, puis l'on dépose dans le cul-de-sac conjonctival, au moyen d'un compte-goutte, quelques gouttes d'une solution de protargol à 10 pour cent.

(Amer. Med.)

Traitement interne des maladies cutanées

L'emploi routinier de "l'arsenic" dans les maladies de la peau est souvent suivi de plus de tort que de bien. Il n'y a que peu de ces affections dans lesquelles ce médicament trouve une indication précise. Toute inflammation aiguë de la peau contre-indique l'arsenic, et, c'est surtout dans les affections chroniques qu'il devient utile. Le psoriasis, l'eczéma squameux, le lichen plan et le pemphigus peuvent être améliorés après un traitement long et suivi, car l'arsenic agit lentement; il vaut mieux essayer d'autres médicaments avant d'en venir à l'arsenic, et si l'on est obligé de tenter celui-ci, il faut le pousser à effet physiologique prononcé. Les "alcalins" rendent de grands services, surtout là où il existe une hyperhémie active de la peau: dans l'eczéma aigu, le psoriasis aigu, les érythèmes et les éruptions chez les goutteux ou les rhumatisants. Dans les dermatoses chez le sujet robuste, à figure congestionnée et qui mange beaucoup, surtout de la viande, "l'antimoine" donne de bons résultats. Le mercure est tout indiqué contre les syphilides, mais il est très utile dans les lésions caractérisées par de l'induration, comme les vieux cas d'eczéma. Il en est de même, à petites doses dans l'eczéma des enfants, surtout à forme pustuleuse; aussi dans le psoriasis aigu, spécialement chez les sanguins, chez les goutteux, là où il y a une désassimilation défectueuse, dans les érythèmes, l'acné rosacé. Les "salicylates" s'emploient chez les gout-

teux et les rhumatisants dans les lésions congestives. Dans l'urticaire qui ne dépend pas d'un dérangement intestinal, ils sont presque spécifiques. L'ichthyol est utile dans les troubles vaso-moteurs, dans l'acné des pléthoriques, l'urticaire et l'acné rosacé. Le "sulfure de calcium" dans certains cas semble hâter la suppuration, et, dans d'autres, il paraît la retarder ou l'empêcher, d'où son emploi dans les acnés et les furonculoses. Il sera administré plutôt à petites doses, souvent répétées, et sous forme de pilules recouvertes de gélatine. Les iodures hâtent l'élimination des produits de désassimilation, comme dans les anciens cas de psoriasis, d'acné induré, etc.; aussi dans la furonculose disséminée sur tout le corps et dans les lésions à marche lente tuberculeuses, scrofuleuses.

NIRE.

A PROPOS D'ANALYSES

Il y a quelques mois nous avons fait l'analyse d'un flacon de "Gouttes Concentrées de Peptonate de fer Mangannique du Dr. Guérin", fabriquées par M. Faudon et mises en vente au Canada par la Compagnie de Médecines Patentées Françaises, dont M. Gaston de Werthemer est le propriétaire. Nous n'avons trouvé que 2 0/0, à peu près, d'oxyde ferrique au lieu de 14 0/0 que nous aurions dû trouver, si l'étiquette et le prospectus qui entouraient le flacon étaient vrais.

En effet la brochure de M. Faudon dit que les "Gouttes Concentrées de Peptonate de fer Mangannique" du Dr. Guérin contiennent 35 0/0 de Peptonate de fer dont 14 0/0 d'oxyde ferrique.

Notre analyse a été contrôlée dans le temps par deux chimistes dont l'un est M. Hersey, chimiste du Gouvernement, qui n'ont comme nous trouvé que 2 0/0 d'oxyde ferrique dans la préparation en question. L'échantillon soumis à M. Hersey avait été acheté à la pharmacie Gagner par deux médecins bien connus, qui l'ont porté directement chez l'analyste; donc pas de substitution possible. Du reste, une partie de ce flacon existe encore et est en lieu sûr ainsi que des flacons contemporains à ceux dont nous avons fait l'analyse.

Quelques mois plus tard, en avril, M. le Dr. J. A. Lesage, de la rédaction de l'Union Médicale du Canada, portait à M. Hersey un flacon ouvert, et étiqueté "Sinop Aubergier", et lui demanda d'en faire l'analyse. M. Hersey trouva 11. 14 0/0 d'oxyde ferrique dans le contenu du flacon en question: et le Bulletin de Pharmacie, l'organe personnel de Mr. de Werthemer, annonce que ce flacon contient en réalité des "Gouttes

Concentrées de Peptonate de fer du Dr. Guérin".

Une lettre de M. Hersey, que nous publions plus loin, explique comment il se fait que dans un cas ce chimiste a trouvé 2,070 d'oxyde ferrique et que dans un autre il trouva un peu plus de 11 0/0. Après lecture de cette lettre nos lecteurs pourront faire leurs déductions eux-mêmes. Cependant nous ferons observer 1o.—Que notre analyse fut faite en janvier dernier et que les flacons analysés étaient bien véritable ; 2o.—Que la deuxième analyse de M. Hersey date du 23 avril suivant et qu'il s'est écoulé assez de temps entre ces deux analyses pour permettre à l'agent de M. Faudon de remplacer par d'autres les flacons en en magasin à la date de notre analyse ou de les modifier.

Ceci posé, nous nous demandons pourquoi M. le Dr J. A. Lesage s'est chargé de porter à M. Hersey, l'échantillon truqué dont il est question dans la lettre publiée par ce dernier ? L'a-t-il fait en sa qualité de secrétaire de l'Union Médicale du Canada ? Il est regrettable, dans l'intérêt de notre confrère, l'Union, de voir quelques-uns de ses membres, (*non pas tous*), prendre part à ce genre d'industrie. Ces messieurs ne sont pas sans savoir que, si nous n'étions pas en position de prouver ce que nous avons avancé dans nos articles précédents, nous nous exposerions non pas seulement à de simples et ridicules menaces de poursuites, mais bien à des dommages réels.

retiré un flacon et une circulaire qui l'enveloppait. L'étiquette de la bouteille ne différait de l'étiquette de la boîte que par la couleur qui était rose. Le flacon avait une forme particulière, il était fait de manière à permettre l'écoulement du contenu sous forme de gouttes. Le flacon portait les mots "Peptonate de Fer Manganique du Docteur Guérin, Paris," soufflés dans le verre, de sorte que j'avais tout lieu de croire que le contenu était vraiment l'article mentionné dans la circulaire trouvée avec le flacon dans le paquet scellé.

Dans le "Bulletin de Pharmacie," du mois d'avril, 1902, apparaît un autre certificat d'analyse faite par moi, d'une substance qui m'a été remise dans une bouteille ronde, étiquetée: "Aubergier's Syrup of Lactucarium," avec un pourcentage de fer évalué à 11.14 pour cent d'oxyde ferrique.

Dans le même article du "Bulletin de Pharmacie," il est dit que cet échantillon, que j'ai reçu non scellé, était vraiment des "Gouttes Concentrées de Peptonate du Docteur Guérin," mais il différait beaucoup en apparence et surtout en viscosité de celui que vous m'avez remis cacheté, dans un paquet d'origine; il était beaucoup plus dense.

Il me semble qu'il est juste de vous mettre au courant des faits ci-dessus mentionnés.

Veillez me croire, Monsieur,

Votre très respectueux,

J. MILTON HERSEY.

Montréal, 16 mai, 1902.

A Monsieur l'Editeur de "La Revue Médicale du Canada,"
249, rue Saint-Laurent,
Montréal.

Monsieur,

Dans votre numéro du 29 janvier, 1902, vous publiez un certificat d'analyse faite par moi, d'un échantillon étiqueté "Gouttes Concentrées de Peptonate de Fer Manganique du Docteur Guérin," et enregistré dans mon laboratoire sous le numéro 6297; cet échantillon contenait du fer évalué à 2 pour cent d'oxyde ferrique.

Je désire faire connaître à vos lecteurs que l'échantillon en question m'a été remis dans ce qui constituait apparemment le paquet d'origine, à savoir une boîte cartonnée, scellée portant une étiquette jaunâtre avec l'inscription "Gouttes Concentrées de Peptonate de Fer Manganique du Docteur Guérin," etc.; que j'ai moi-même brisé le cachet de la boîte et en ai

Huile de chaulmoogra

par le Dr G. DESPREZ, de l'université de Paris.

Depuis plusieurs années, l'huile de Chaulmoogra est employée de plus en plus en thérapeutique, pour combattre diverses affections de la peau et de la poitrine. Les résultats patents de guérison obtenus par ce produit exotique ont convaincu les plus timorés.

Nous croyons intéresser les lecteurs de la "Revue Médicale du Canada" en publiant quelques notes personnelles sur ce sujet.

Quelques mots d'abord sur l'huile de Chaulmoogra que l'on trouve dans le commerce.

Aucun droguiste d'Europe ne fabrique l'huile de Chaulmoogra. Car nous avons acheté de l'huile chez les principaux droguistes de Hambourg, d'Amsterdam, de Londres et de Paris, tous nous ont donné des produits différents. C'étaient des mélanges d'huile de lin, de coco, d'arachide, de sésame, de ricin, de graisses animales, de l'huile extraite des

graines de plusieurs *Hydnocarpus*, et, enfin, d'huile de *Chaulmoogra*.

Nous avons lu dans une publication anglaise qu'à une certaine époque plusieurs médecins avaient renoncé, dans l'Inde même, à son emploi et l'avaient remplacée par des graines, à cause des falsifications.

Comme un des éléments de succès dans l'emploi de l'huile de *Chaulmoogra* réside dans sa pureté, il est donc nécessaire d'obtenir un produit pur, exempt de tout mélange.

Depuis plusieurs années nous avons renoncé à importer l'huile des Indes Anglaises, mais, en échange, nous importons directement de Calcutta des "vraies graines" de *Chaulmoogra odorata*.

Nous disons de "vraies graines," car, dans un but assez lucratif, elles sont mélangées avec diverses graines *Hydnocarpus*, et principalement les espèces suivantes:—*H. Wightiana*, *H. Anthelmintica*, *H. Tnebriaus*, *H. Venenata*, etc. Ces graines d'*Hydnocarpus* ne peuvent être confondues avec les vraies graines de *Chaulmoogra*, car elles sont beaucoup plus petites, striées dans le sens de la longueur et de couleur gris terreux.

Nous avons lu dans un journal américain que l'on confondait les graines de *Chaulmoogra* du commerce avec les graines *H. Anthelmintica*, cela explique l'indication de l'huile de *Chaulmoogra* comme un des meilleurs tonifuges.

Comme nous le disons plus haut, nous importons de vraies graines de *Chaulmoogra* directement des Indes Anglaises, et nous préparons nous-mêmes notre huile au moyen du procédé suivant:—

Pour préparer l'huile "pure" de *Chaulmoogra* on commence par concasser les fruits, par séparer les graisses de leurs téguments, et on tamise. Puis, on les triture dans un mortier semblable à celui dont on se sert pour décortiquer le riz. Ensuite les amandes sont broyées et placées à l'intérieur de sacs de toile à voile, semblables à ceux dont on se sert pour l'extraction de l'huile de ricin et on exprime.

Aux Indes Anglaises, les graines sont exprimées simplement dans un pressoir à huile. Ce procédé est mauvais parcequ'une quantité considérable de l'huile reste avec le marc.

Les graines de *Chaulmoogra* exprimées à froid sous la presse hydraulique rendent de 15 à 20 pour cent d'huile. Traitées par l'éther, 51.5 pour cent.

Tel est le "modus faciendi" que nous pratiquons depuis plusieurs années et qui nous permet d'obtenir une huile absolument pure.

Quant à la composition chimique de l'huile de *Chaulmoogra* du commerce, elle fut faite en 1879, par J. Moss. Il trouva qu'elle était composée des acides:

gynocardique, palmitique, hypogéique et coccinique. Nous avons fait une analyse de l'huile que nous préparons, et nous avons trouvé en plus des acides découverts par J. Moss, les acides oléique et stéarique.

L'acide gynocardique étant considéré comme le principe actif de l'huile de *Chaulmoogra*, nous avons cru intéresser nos lecteurs en résumant le procédé employé pour obtenir cet acide.

On extrait l'acide gynocardique de l'huile de *Chaulmoogra* au moyen de la saponification, et non pas en la "distillant"!! (1) On traite la solution alcoolique des acides gras par une solution aqueuse d'acétate de magnésie, le gynocardate de magnésie précipité, on filtre. On élimine aussi les acides palmitique, coccinique et hypogéique. Le précipité est séché et décomposé, et on obtient l'acide gynocardique fondant à 29°. Au point de vue thérapeutique, l'acide gynocardique et le gynocardate de magnésie n'ont pas eu tout le succès que l'on en attendait. Dans toutes les léproseries on a dû reprendre l'emploi de l'huile pure de *Chaulmoogra*, ou bien de l'huile pure de *Chaulmoogra* gynocardée (*Chaulmoogra* et acide gynocardique). On emploie l'huile pure de *Chaulmoogra* sous les formes les plus variées: globules, ampoules, savons, baume, liniment, emplâtres, ovules, etc.

Conclusion.—L'huile de *Chaulmoogra* est un produit difficile à se procurer à l'état de pureté absolue.

NOUVELLES.

NAISSANCES :—

A Joliette, le 21 courant, Mme Dr J. A. Barolet, un fils.

— A Montréal le 22 courant, Mme Dr. J. W. Dérome, une fille.

— A Montréal le 22 courant, Mme Dr Damien Masson, un fils.

MARIANE :—

A Québec le 27 courant, M. le Dr. DeVarenes conduisait à l'autel Mademoiselle albertine Donohue.

MARIAGE A L'HORIZON :

On annonce pour le 17 juin prochain, le mariage du docteur Joseph Gauvreau, de Rimouski, à mademoiselle Angustine, fille de M. le notaire I. E. l'Arrivée, de Sandy Bay.

—On nous annonce pour mardi, le 3 juin prochain, le mariage du Dr. F. M. Peltier pharmacien, à Delle Estelle Tourigny, M. P. P. et maire de Victoriaville.

Travaux Originaux

FAUT-IL FORMER LES JEUNES GENS QUI SE DESTINENT AUX PROFESSIONS LIBERALES PAR L'ETUDE DES HUMANITES OU PAR L'ETUDE DES SCIENCES

par M. le Dr L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Dans les cercles professionnels, l'on agite beaucoup depuis quelque temps, la question de savoir s'il ne serait pas opportun de modifier le programme des études requises pour l'admission aux carrières libérales.

Les études classiques, dit-on, sont surannées. Les humanités et la philosophie font perdre un temps précieux et ne donnent aucun résultat pratique. Aux belles-lettres, à l'histoire et à la philosophie, substituons l'étude plus moderne des langues vivantes, des mathématiques et des sciences naturelles; faisons de ces sujets la base de l'Éducation Nouvelle.

C'est la valeur de ces deux programmes que nous voulons discuter aujourd'hui.

Question controversée s'il en fut.

Des éducateurs éminents se sont faits les champions des études littéraires et philosophiques, tandis que d'autres, non moins distingués, ont pris fait et cause pour les sciences.

De sérieuses raisons, il n'y a pas à le nier, militent en faveur de chacune de ces théories.

Les partisans des études classiques prétendent que les esprits façonnés dans le moule des oeuvres antiques, instruits par l'expérience des siècles, habitués à raisonner d'après les principes sévères et immuables de la philosophie, formeront toujours l'aristocratie intellectuelle d'une nation: aristocratie dont le désintéressement moral doit contrebalancer l'esprit utilitaire et égoïste que créent naturellement les nécessités de la vie.

L'instruction dégagée des soucis de la vie matérielle, l'instruction qu'on ne peut improviser ni acquérir par des efforts de pure mémoire, qui, au contraire, doit être une lente imprégnation de l'âme, voilà la seule formation classique digne de ce nom. "Je place mon ambition plus haut que moi, disait Lamartine, dans le succès des idées de mon temps," et, c'est

ce que doit dire quiconque a reçu une culture classique vraiment élevée.

Nous sommes dans le siècle de la vapeur et de l'électricité, disent les novateurs, la science est reine. De nos jours, c'est elle qui dirige le progrès. Quiconque ne la suit pas est en arrière de son époque. Plus de vaines théories. Mettons, dès son enfance, l'homme au courant du progrès de son siècle. L'esprit formé par l'étude des sciences naturelles, habitué à raisonner sur des faits positifs, peut-il être autre chose qu'un esprit juste. Et pour les carrières libérales qui requièrent, au plus haut point, cet esprit juste et positif, quelle formation peut être plus appropriée que celle qui résulte de l'étude des sciences.

C'est un raisonnement qui, avouons-le, semble gagner du terrain, même en cette province. C'est ainsi qu'à l'une des dernières sessions du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins, l'on a présenté un projet de loi dont l'un des points comportait que l'élève pourrait opter entre la philosophie et la zoologie.

Et, d'abord, quel doit être le but des études libérales ?

C'est une erreur de croire que l'éducation doit consister uniquement dans la formation de l'intelligence. Les succès des peuples et des individus tiennent, avant tout, à leur caractère. Toute l'histoire le prouve.

"Dans l'âme, dit le P. Félix, comme dans tout être qui peut grandir et se développer, c'est du centre que l'épanouissement se fait. Toute éducation qui ne touche pas au coeur est une éducation radicalement vicieuse. La formation du coeur, c'est le chef-d'oeuvre de l'éducation."

Culture du coeur aussi bien que de l'esprit, du caractère aussi bien que de l'intelligence, acquisition de la science, mais aussi et surtout, développement complet de toutes les facultés morales et intellectuelles qui font les consciences droites et les volontés fortes; voilà quel doit être le but de toute éducation sérieuse. Comment les études classiques atteignent-elles cet idéal ?

Pourquoi a-t-on fait des humanités, c'est-à-dire des langues et littératures latine et grecque, la base de l'enseignement classique ?

* * *

Et, d'abord, pourquoi les langues ?

Entrons ici dans quelques considérations pédagogiques.

La jeunesse réfléchit, demande sans cesse à réfléchir. Mais à réfléchir sans trop d'efforts. Pour fixer son attention, il faut quelque chose d'intéressant et de facile. Sous ce rapport, l'on ne saurait assurément établir de parallèle entre les lettres et les mathématiques.

Outre la simplicité et la facilité, l'étude des langues à l'avantage de mettre en jeu la plupart des facultés de l'esprit. Les mots et leurs règles, les phrases, la traduction mettent, tour à tour, en action la mémoire, l'imagination et le jugement.

Plus tard, par la lecture des auteurs, par l'interprétation sérieuse des textes, quelle formation morale ne peut-on pas donner au jeune homme. L'élève, ainsi continuellement en contact avec les plus grands esprits agrandit, peu à peu, l'horizon de ses idées et passe sans secousse du connu à l'inconnu.

Par l'étude et la méditation des pensées des autres l'on forme son entendement, l'on cultive sa raison, l'on apprend à bien penser soi-même. En s'exerçant sur les choses les plus belles, les plus grandes, les plus nobles qu'aient produites l'esprit humain, l'intelligence et le cœur acquièrent naturellement de l'élévation, de la noblesse, un certain sens de grandeur.

Si l'on demande pourquoi l'on a choisi le latin et le grec, de préférence aux autres langues, nous demanderons : En est-il d'aussi régulière, d'aussi riches et d'aussi belles ?

Est-il d'autres langues qui nous offrent des oeuvres littéraires aussi parfaites ? Ces langues possèdent dans la formation de leurs mots, dans la construction de leurs phrases des qualités que ne possède aucune autre langue et qui seront toujours une cause d'admiration pour ceux qui ont dans l'âme le sentiment et l'amour du beau.

Mais ces qualités grammaticales ne seraient pas une raison suffisante pour déterminer le choix des langues que l'on doit étudier.

C'est dans les modèles qu'il faut chercher l'art de bien penser et de bien s'exprimer. Les auteurs grecs apparaissent au premier rang; ils sont les plus beaux et les meilleurs modèles. On voit régner chez eux un goût pur et une culture d'esprit étonnante, l'art

porté dans leurs ouvrages au plus haut point, s'y montre à peine tant ils ont su l'allier au naturel dans les pensées et dans l'expression.

Les romains sont agréables et pleins de majesté; ils paraissent plus grands que les grecs; s'ils n'ont point leur fécondité et leur force pour penser, ni leur grandeur simple pour s'exprimer, ils aiment l'art et le cultivent avec un merveilleux succès. Il faut étudier les uns et les autres, non seulement pour apprendre sa propre langue, mais, aussi et surtout, pour se former le goût.

L'étude de l'antiquité grecque et latine a donné au génie français une mesure, une clarté et une élégance incomparable. C'est par elle que la philosophie, les lettres et les arts français ont brillé d'un si vif éclat. Au point de vue de la culture morale, les hommes de l'antiquité qui ont porté au plus haut degré le sacrifice d'eux-mêmes et l'amour de la patrie, ne sauraient à aucune époque et dans aucun pays, être considérés comme quantité négligeable dans les programmes d'enseignement.

“ Le monde ancien, dit Stuart Mill, avec lequel les études grecques et latines mettent en rapport, contient le véritable correctif des principaux vices de la société moderne. Les auteurs classiques présentent précisément le genre de vertu dont nous sommes sujets à manquer. Ils montrent l'homme sur une plus grande échelle; avec moins de bienveillance, mais plus de patriotisme; moins de sensibilité, mais plus d'empire sur soi-même, moins de vertu individuelle peut-être, mais plus de grandeur, plus de ce qui inspire les hautes idées de ce que peut la nature de l'homme.”

Au goût, à la facilité d'expression, l'étude de l'antiquité contribue à donner pour base l'honnêteté des idées et l'élévation des sentiments.

Aujourd'hui, où l'on veut que le côté utile et matériel de l'existence, soit la principale, sinon l'unique préoccupation des générations nouvelles; au milieu de ce débordement d'idées sur la nature de l'existence que les rhéteurs de nos jours propagent sans repos ni trêve, gardons une place à l'idéalisme antique.

La jeunesse qui commence le grand combat de la vie, y puisera non seulement un approvisionnement d'idées justes, saines et élevées, mais aussi la possibilité de les exprimer avec cette éloquence persuasive

que l'étude des écrivains de l'antiquité donne à ceux qu'elle forme.

Nous admettons, disent les novateurs, que les auteurs de l'antiquité ont laissé d'incomparables chefs-d'oeuvres, mais à quoi bon, passer un temps si considérable à essayer de les comprendre dans leur idiôme ?

Qu'on mette des traductions entre les mains des élèves.

Croit-on sérieusement que l'on pourrait ainsi obtenir le même résultat quant à ce qui regarde la formation intellectuelle ? Non, certainement non. D'abord, parcequ'il est impossible d'apprécier toute la beauté d'une oeuvre littéraire dans une traduction; ensuite parce que les traductions ne se prêtent guère qu'à une lecture courante, qui au point de vue de la gymnastique de la pensée, ne remplace pas l'interprétation laborieuse d'un texte. Les difficultés en exerçant les facultés intellectuelles les développent et les fortifient.

Et les langues vivantes ? Il y a deux buts que l'on peut se proposer dans l'enseignement des langues vivantes: l'éducation générale, ou bien la connaissance de cette langue au point de vue pratique, de manière que le jeune homme puisse s'en servir pour les nécessités ordinaires de la vie.

Pour ce qui regarde la formation de l'intelligence, la valeur des langues modernes est notoirement inférieure, comme nous le démontrerons par les témoignages qui ont été rendus en 1899, lors de l'enquête alors instituée par le gouvernement français.

Outre que les langues modernes sont moins scientifiquement formées, moins régulières, et, pour un certain nombre, encore en voie d'évolution, leurs chefs-d'oeuvres, tout en étant certainement d'une admirable richesse, sont souvent d'une pensée obscure et nuageuse, d'un goût quelque fois étrange. C'est Voltaire qui a dit d'un des plus grands auteurs de la tragédie moderne qu'il mêlait à des beautés sublimes des grossièretés de sauvage ivre.

Nos langues modernes, dit un éducateur, sont analytiques, n'ont point, d'inversion, de ces savantes constructions qui exigent tant de sagacité, d'attention, de réflexion pour être démêlées et élucidées.

“ Les langues anciennes sont par elles-mêmes

une étude beaucoup plus féconde pour de jeunes esprits parce qu'elles se sont formées sous l'empire d'une tout autre civilisation, d'un tout autre ordre de faits et d'idées que nos langues modernes. . . . Le génie de la plupart des langues modernes a des ressemblances qui les rendent beaucoup plus faciles à reconnaître et à deviner sans travail, et par conséquent beaucoup moins fructueuses, beaucoup moins fortifiantes, pour l'intelligence que les langues anciennes.

Admettons, toutefois, qu'il est des pays où la connaissance de deux langues est indispensable. Le Canada en est un exemple. Nos institutions classiques l'ont bien compris. Aussi range-t-on dans presque toutes nos maisons d'éducation, l'anglais parmi les matières principales de l'enseignement, non pas comme moyen de formation, mais à cause de son utilité particulière.

Définir la philosophie, c'est en démontrer l'importance, disons mieux, la nécessité. Les actions dépendent des principes.

Etude de la sagesse, disaient les anciens dans leur langage énergique. La philosophie c'est l'étude des grands principes qui doivent guider l'existence humaine.

Inspiré par la philosophie et guidé par elle, l'esprit humain arrive à des solutions de plus en plus complètes des grands problèmes de l'existence:

“ L'homme étranger à soi de l'homme est ignoré.—
Que suis-je ? où suis-je ? où vais-je et d'où suis-je
[tiré ?

Atômes tourmentés sur cet amas de boue
Que la mort engloutit et dont le sort se joue,
Mais atômes pensants, atômes dont les yeux,
Guidés par la pensée ont mesuré les cieux,
Au sein de l'infini, nous élançons notre être.”

Par la discipline qu'elles imposent à la pensée, les études philosophiques contribuent à perfectionner et à rendre sobre, le jugement;—elles apprennent à la raison les règles qui doivent la guider dans ses procédés.

Par elles, le jeune homme s'habitue à resserrer ses pensées en des formules précises, à les condenser et à les développer d'après une méthode régulière. Il

se forme à la justesse dans l'argumentation; il acquiert peu à peu un esprit de précision, d'ordre et d'exactitude, mais surtout cette qualité dont on regrette trop souvent l'absence, une puissante dialectique.

De l'étude de la philosophie, dit Léon XIII, dépend en grande partie, la juste notion des autres sciences. Si l'on fait attention aux conditions critiques du temps où nous vivons, si l'on embrasse par la pensée l'état des choses, tant publiques que privées, on découvrira sans peine que la cause des maux qui nous oppriment comme ceux qui nous menacent, consiste en ceci que des opinions erronées sur toutes choses, divines et humaines, se sont, peu à peu, glissées dans tous les rangs de la société et sont arrivées à se faire accepter d'un grand nombre d'esprits. Comme, en effet, il est naturel à l'homme de prendre pour guide de ses actes, sa propre raison, il arrive que les défaillances de l'esprit entraînent facilement celles de la volonté; et c'est ainsi que la fausseté des opinions, lesquelles ont leur siège dans l'intelligence, influe sur les actions humaines en les dépravant;—au contraire, si l'intelligence est saine et fermement appuyée sur des principes solides et vrais, elle sera la source de nombreux avantages, tant pour l'intérêt public que pour les intérêts privés.

Ce que la philosophie nous enseigne sur la vraie nature de la liberté, sur les lois et leur puissance, sur les rapports mutuels qui doivent exister entre les hommes; ce qu'elle nous enseigne sur ces sujets, et tant d'autres du même genre, a une force immense et invincible sur la conduite de l'homme.

Toutes les sciences humaines ont droit à espérer un progrès réel et doivent se promettre un secours efficace de la philosophie. En effet, les beaux-arts lui demandent comme à la science modératrice, leurs règles et leurs méthodes et puisent chez elle comme à une source commune de vie, l'esprit qui les anime. Les faits et l'expérience constante nous font voir que les arts libéraux fleurissent surtout tant que la philosophie retient sauf son honneur et droit son jugement; qu'au contraire, ils gisent négligés et presque oubliés, quand la philosophie incline vers l'erreur on s'embarasse d'inepties. Aussi les sciences physiques elles-mêmes, si appréciées à cette heure, et qui illustrées datant de découvertes, provoquent de toute part une

admiration sans bornes, ces sciences gagnent singulièrement à la connaissance profonde de la philosophie. Ce n'est point assez pour féconder leur étude et assurer leur avancement que de se borner à l'examen des faits et à la contemplation de la nature; mais les faits constatés, il faut s'élever plus haut, et s'appliquer avec soin à reconnaître la nature des choses corporelles, et à rechercher les lois auxquelles elles obéissent, ainsi que les principes d'où elles découlent. C'est ainsi que la philosophie, sagement enseignée, apporte à ces recherches la force, la lumière et les ressources."

C'est à l'impulsion de la philosophie, appuyée sur le christianisme, qu'il faut rapporter les différentes évolutions qui ont rendu les sociétés humaines plus dignes de l'homme. Evolution morale, évolution scientifique; lumière de la philosophie, les préjugés disparaissent;—sous son influence, d'étape en étape, les hommes marchent vers le progrès. L'histoire de la philosophie c'est l'histoire de la civilisation.

(A suivre)

GLANES CANADIENNES

Canada Lancet

Dans le "Canada Lancet," d'octobre, 1901, le Dr. W. H. Pepler, rapporte une variété de cas traités par la chaleur sèche. L'auteur résume ce mode de traitement, ses indications et ses contre-indications, et termine enfin par les effets physiologiques et thérapeutiques observés. Conclusions: L'air sec sur-chauffé est un précieux adjuvant dans le traitement ordinaire du rhumatisme, de la goutte et des névrites interstitielles. Pour assurer le succès du traitement, il faut exposer une grande surface du corps à la température de 280° F. au moins, le traitement local seul ne donnant pas d'aussi bons résultats. Il faut rapprocher les premières séances. Les résultats se font quelquefois attendre.

Dans le même numéro, le Dr. B. E. McKenzie, de Toronto, consacre un long article au traitement orthopédique des difformités et des infirmités résultant de maladies nerveuses. La transplantation musculaire et tendineuse reçoit une considération spéciale.

Ce travail peut se résumer comme suit:

1°. Nombre de patients consulte un chirurgien

pour une difformité résultant d'une maladie nerveuse, ordinairement chronique.

2°. S'il y a difformité, il faut s'efforcer de la corriger.

3°. Si c'est une articulation qui est faible, il faut chercher à lui rendre son équilibre.

4°. La transplantation musculaire donne d'excellents résultats dans ces cas.

5°. Les bretelles et les attelles ne devraient jamais être employées que lorsque leur indication est manifeste.

6°. La gymnastique est souvent un puissant facteur dans le traitement d'un grand nombre de névroses.

7°. On devrait rarement, pour ne pas dire jamais, pratiquer l'amputation dans le but d'obvier aux inconvénients d'un pied paralytique.

Le Dr. Ernest Hall rapporte aussi un cas de folie puerpérale chez une multipare, âgée de 39, dont l'histoire de famille laissait à désirer sous le rapport intellectuel.

L'utérus est en sub-involution, la température, le pouls et l'urine sont normaux. L'enfant est immédiatement sevré, et la mère est tonifiée. Un mieux sensible s'annonce dès le second jour du traitement. Deux jours plus tard, le mieux gagné était perdu et la patiente souffrait affreusement de céphalalgie. Bien que ni la température ni le pouls ne le demandent, le Dr. Hall dirige son attention du côté de l'utérus et pratique un curettage soigneux qui ramena un petit morceau de placenta. Dès le lendemain une amélioration sensible s'était produite, et au bout de quelques jours la patiente était parfaitement rétablie.

Sans vouloir rattacher la cause de la folie puerpérale à la présence du débris placentaire dans l'utérus, Mr. Hall suggère de ne jamais perdre de vue les relations psychiques et physiques de l'organisme en général avec les organes de reproduction chez la femme.

Revue des journaux

MEDECINE

La chloroformisation chez les cardiaques

par le prof H. DURET (Lille)

(Suite)

Telles sont les quelques considérations cliniques que je désirais présenter sur le chloroforme chez les cardiaques."

Maintenant, quelques mots de physiologie pa-

thologique sont nécessaires pour l'éclaircissement du sujet.

II.—Soumettre un être vivant à l'inhalation anesthésique, c'est, chez lui, non seulement paralyser la sensibilité et ses manifestations: c'est, en même temps, atténuer, quelques instants, les "forces de la vie." Tel le physicien diminue, peu à peu, l'intensité d'une source lumineuse.

La chloroformisation est une intoxication momentanée des centres nerveux.

Le coeur et les organes respiratoires en subissent le contre-coup; d'autant plus, sans doute, qu'ils "sont le siège de quelque altération pathologique."

Les recherches si précises des expérimentateurs (Cl. Bernard, Franck, Arloing, etc.) nous ont montré que les inhalations chloroformiques avaient une "triple action" sur le coeur.

1° Au début, par irritation des premières voies, arrêt "simultané" du coeur et de la respiration.

2° A une seconde période, mais seulement dans le cas "d'inhalations" brusques et "à doses massives," dans la phase d'excitation, "arrêt primitif" du coeur, et tétanisation du diaphragme et des muscles thoraciques. Si on sectionne le pneumo-gastrique, les phénomènes anesthésiques se produisent, mais le coeur ne s'arrête plus.

3° A la période de "narcose complète," par doses progressives, il y a une imprégnation plus intense des centres nerveux par le chloroforme, et, lorsque la "saturation" est atteinte, survient un arrêt de la respiration. Cette "apnée par intoxication" précède la mort du coeur de deux minutes environ. Par conséquent, dans la chloroformisation avancée, la mort s'annonce d'abord par l'arrêt de la respiration (Arloing).

J'ai démontré, dans ma thèse d'agrégation, que cette triple action du chloroforme sur le coeur et la respiration "s'observait également chez l'homme."

Mais on peut aussi être témoin chez lui, d'autres accidents, d'autres genres de mort, et, si vous me permettez l'expression, d'autres combinaisons physiologiques terminales. Dans la chloroformisation, la forme peut également survenir par "asphyxie mécanique" ou "congestive," par "choc traumatique."

En des termes plus précis :

1° "Expérimentalement," le chloroforme est périlleux pour le coeur, surtout dans les deux premières périodes de l'anesthésie. "Cliniquement," il peut l'être à toutes les périodes, car on a observé à la période de narcose incomplète (phase d'excitation) 17 cas de mort par le coeur, et dans la narcose complète 20 cas. Soit, dans nos 135 cas, une proportion de "morts par le coeur" de 27 pour 100.

Mais les accidents du coeur, "pendant la narcose complète" sont, en partie, le résultat du "choc traumatique réflexe," agissant sur un organe affaibli par l'imprégnation chloroformée trop avancée.

2° La mort par "accidents respiratoires" s'observerait surtout à la période de narcoses complète, dans la proportion de 16 pour 100 des cas recueillis.

3° En un mot, la mort par arrêt du coeur, "par syncope," serait, dans les chloroformisations chez l'homme, "deux fois plus fréquente" que la mort par "apnée."

Demandons-nous, maintenant, si les accidents mortels arrivent "plus souvent" chez les malades "atteints d'affections du coeur," et dans "quelles proportions?" Dans les faits que nous avons recueillis: 25 fois on a constaté, à l'autopsie, la dégénérescence graisseuse du coeur, 6 fois des altérations valvulaires, 4 fois des adhérences du péricarde: en tout 35 cas d'altérations cardiaques manifestes sur 135 autopsies, soit une proportion de 26 pour 100.

La part prise aux accidents mortels de la chloroformisation par les lésions cardiaques doit être d'autant plus admise, que la plupart des cardiopathes succombent à une syncope survenant pendant la période de narcose complète, c'est-à-dire au moment où les mouvements du coeur sont affaiblis par l'agent anesthésique.

Mais, il faut se garder de tirer de ces faits, une conclusion trop absolue: car, ainsi que l'ont si bien établi Huchard et les crateurs qui ont suivi, la pratique démontre que l'anesthésie chloroformique chez les cardiaques reste inoffensive.

D'après les statistiques les plus défavorables, on observe à peine 1 cas de mort sur 2.500 à 3.000 chloroformisations: or, comme les lésions du coeur n'entrent que dans la proportion de 26 pour 100 ou de 1/4 dans les autopsies de morts par le chloroforme, on voit que les cardiopathes décédés par le chloroforme ne figurent que dans la proportion de 1 sur 10.000 à 12.000 chloroformisations. C'est là une déduction, statistique tout à fait rassurante!

III.—Il existe, enfin, une autre manière d'apprécier les effets de l'administration du chloroforme chez les cardiaques: c'est de tenir compte de leur état constitutionnel, et du genre d'opération qu'il s'agit d'entreprendre.

Les cardiopathes anémiés par une suppuration prolongée, par la septicémie, par la fièvre, par une cachexie, par des lésions pulmonaires, pleurales, hépatiques ou rénales, en hypothermie, offrent des risques" plus grands pour l'action anesthésique et pour l'intervention chirurgicale.

Relativement aux diverses opérations, je ferai

seulement les remarques suivantes:

"Au cou," les tumeurs qui compriment les voies respiratoires peuvent aussi amener de la gêne dans les mouvements du coeur, chez les cardiopathes, au moment des tractions opératoires. J'ai vu une syncope arriver par tiraillement du pneumogastrique et la mort survenir, chez une basedowienne qui avait subi la résection des sympathiques, quelques heures après l'intervention.

Les opérations sur la "bouche" et le "pharynx" sont peu favorables à l'anesthésie chez les cardiopathes, à cause de l'écoulement du sang dans les voies aériennes, et d'effets réflexes parfois très persistants.

Il y a quelques années, je me disposais à opérer une jeune institutrice ayant une énorme tumeur parotidienne faisant saillie dans le pharynx (elle pesait 600 grammes). Mon aide avait à peine approché la compresse du nez, que la respiration et le coeur s'arrêtèrent brusquement. Tous les moyens employés furent inutiles pendant dix minutes; j'ouvris rapidement la trachée, et, reprenant la respiration artificielle, je fus assez heureux pour la ramener à la vie, et l'opérer avec succès.

L'extraction des dents, sous le chloroforme, n'est pas sans quelques risques, puisque j'ai relevé 7 cas de mort; et dernièrement, dans une ville voisine de Lille, pour une seule dent enlevée survenait un accident de ce genre. J'ignore si le malade était cardiopathe.

Dans un cas "d'opération abdominale," j'ai été témoin du fait suivant, qui présente un côté instructif.

Chez une malade de cinquante-neuf ans, présentant un double souffle aortique, de l'oedème des jambes et du ventre, des dilatations veineuses, j'avais réussi à enlever un énorme fibro-lipome rétro-péritonéal de 26 kilogrammes, et je m'occupais de l'hémostase. A cause de l'état d'épuisement de la malade, le chloroforme avait été donné en petite quantité. En tamponnant légèrement, avec une compresse de gaze, la région du plexus solaire où donnait un vaisseau, je vis survenir une brusque syncope, et rien ne rappeler la malade l'existence. L'autopsie démontra un coeur très hypertrophié, avec des valvules insuffisantes, et une large dilatation de l'aorte.

Dans les opérations "sur l'anus" pour fissures, hémorroïdes et fistules, j'ai relevé 7 cas de mort dans ma thèse: il ne s'agissait pas de cardiaques, mais de malades incomplètement anesthésiés. Le fait si caractéristique, rapporté par Huchard, montre qu'un angineux, à crises très accentuées, a pu être opéré par Bouilly avec succès.

IV.—Relativement aux deux points soulevés dans la discussion académique, sur la pureté du chlo-

roforme et son mode d'administration chez les cardiaques, je ne dirai que ces deux mots :

J'estime que le chloroforme doit être "parfaitement pur," et par conséquent fraîchement distillé, ou bien conservé.

A Lille, les pharmaciens des hôpitaux le distillent fréquemment, et en ville nous nous servons de chloroformes spéciaux bien préparés (Schmitt ou chloroforme d'Edimbourg, d'Adrian, etc.).

L'administration "à petites doses" doit être recommandée chez les cardiaques, comme l'ont indiqué tous les orateurs qui m'ont précédé; et, dans ce but, je me sers parfois de l'excellent appareil du Dr. Riedier, qui distille goutte par goutte l'agent anesthésique. Il faut, avec lui, dix à douze minutes, et 10 grammes de chloroforme, pour obtenir la narcose opératoire.

"Conclusions."—1° L'expérience pratique et les considérations anatomiques et physiologiques que nous avons exposées démontrent qu'ordinairement l'administration du chloroforme, chez les cardiaques, n'offre pas de dangers graves. Le plus souvent, la traversée de la narcose s'accomplit, chez eux, sans accident.

2° Il n'y a de contre-indications relatives que celles qui ont été signalées par M. Huchard et les précédents orateurs: asystolie accusée, dyspnée toxique, dégénérescence graisseuse, symphyse cardiaque, etc.

3° Les cardiopathes ayant des lésions prononcées, assez souvent, présentent "simultanément des contre-indications à l'anesthésie et à l'opération." A cause de leur "tare organique," il ne faut les opérer qu'en cas de nécessité.

(*J. des sciences méd. de Lille*)

Sur l'aortite abdominale.

M. Tessier (Lyon) fait remarquer que, l'aortite abdominale étant d'un diagnostic particulièrement délicat, on n'en saurait trop fouiller minutieusement la séméiotique. A cet égard, il croit pouvoir ajouter quelques signes à ceux qui ont été signalés jusqu'ici.

Il a noté plus particulièrement les crises rachialgiques avec attitudes vicieuses, un peu analogues à celles que signalait Guéneau de Mussy dans l'anévrisme de l'aorte abdominale (attitude en chien de fusil), les vomissements, la névralgie diaphragmatique avec sensibilité exagérée du phrénique, la "contraction vigilante" du grand droit de l'abdomen et surtout certains phénomènes vasculaires sur lesquels il tient à attirer particulièrement l'attention.

1° "L'influence de la respiration sur l'intensité

des battements aortiques."—Il est facile de s'assurer que les inspirations profondes augmentent singulièrement la pression dans l'artère sous-jacente au diaphragme, et donnent parfois au battement recueilli par le sphygmographe le type bigéminé.

2° "L'augmentation très notable de la pression artérielle mesurée au niveau de la pédieuse, relativement à la pression des artères radiales."—Ce signe paraît important car il semble répondre très nettement à un spasme réflexe périphérique parti de la paroi sous-diaphragmatique de l'aorte enflammée, état irritatif dont cette augmentation de pression traduit en quelque sorte l'intensité.

3° "Certains troubles apportés à la température locale de l'abdomen."—Sous l'influence de la fatigue ou de l'exercice, la température rectale peut, en effet, s'élever relativement à celle de l'aisselle ou de la bouche. M. Teissier a, du reste, indiqué déjà que les sujets atteints d'entéro-colite, à poussée fébrile transitoire, étaient ceux de préférence chez lesquels l'aorte abdominale paraissait plus particulièrement intéressée.

L'ensemble de ces signes vasculaires paraît mériter l'attention et s'ajouter utilement à ceux qui nous étaient déjà connus, pour établir un diagnostic qui ne saurait être égayé sur trop de signes minutieux et dont l'importance ne saurait échapper, aussi bien au point de vue du pronostic que de l'action thérapeutique à établir.

(*Gaz. hebdomadaire de chir.*)

De l'angine ou pharyngite granuleuse

par le Dr E. J. MOURE.

Au point de vue du diagnostic, l'important est de savoir si les granulations observées constituent à elles seules toute la lésion ou si elles sont secondaires et dérivent d'une affection des cavités voisines. C'est seulement par un examen attentif des fosses nasales, du naso-pharynx, souvent même des cavités accessoires (sinus maxillaire, frontal, ethmoïdal ou sphénoïdal) ou de la base de la langue, que l'on peut arriver à exclure toute altération morbide susceptible d'occasionner l'apparition de la folliculite pharyngée.

Avant de porter le diagnostic de pharyngite granuleuse et d'attribuer à la présence de ces petites saillies rougeâtres les différents symptômes dont se plaignent les malades, il faut se rappeler combien sont fréquents les troubles paresthésiques de l'arrière-gorge qui souvent accompagnent ou compliquent ces soi-disants pharyngites granuleuses primitives.

En résumé, il faut considérer la pharyngite idio-

pathique comme rare et n'attribuer d'importance aux granulations constatées que lorsqu'elles existent dans les points exposés à des frottements à peu près constants. Dans ces cas seulement, il a lieu d'instituer le traitement local que je vais indiquer. Ce dernier devra s'adresser d'abord à la cause première qui a pu produire la lésion; c'est donc souvent du côté des fosses nasales, de l'arrière-nez, des sinus de la face ou de la base de la langue qu'il conviendra d'appliquer la médication appropriée. S'il y a concomitance de cataracte nasopharyngien par adénoïdite chronique et de pharyngite inflammatoire, le mieux est encore de racle les granulations du naso-pharynx avec la curette naso-pharyngienne, après anesthésie cocaïnique de la muqueuse au anesthésie générale au bromure d'éthyle.

Si ce moyen un peu radical et sanglant, répugnait au malade ou à l'opérateur, le badigeonnage des parties hypertrophiées de la muqueuse avec une solution aqueuse iodo-iodurée au 1-5ème, telle que la recommandait autrefois Ruault, constituerait encore une excellente méthode thérapeutique. On doit ensuite faire rincer la bouche au malade avec une solution alcalin (boratée ou bicarboratée ou simplement salée) aromatisée avec un peu d'alcool de menthe et sucrée à la glycérine.

Dans d'autres cas, c'est à l'ignipuncture galvanique que l'on doit donner la préférence; mais il faut bien se garder d'enfoncer trop profondément le caustère plat, de manière à ne pas produire de synéchies cicatricielles qui, faisant adhérer la muqueuse pharyngienne à la paroi postérieure, gênent ensuite le malade plus que les granulations dont il était porteur.

Pendant les poussées inflammatoires, quelques bains de gorges alcalins, les gargarismes borax-bromure, avec ou sans cocaïne, suffisent pour amener une amélioration passagère ou définitive, suivant les cas.

Contre les formes chroniques, j'ai employé avec avantage pour mes malades les badigeonnages de l'arrière-gorge une fois ou deux par semaine, faits avec la solution suivante :

Iode métal.	25 centigrammes.
Iodure de potassium.	30 "
Laudanum de Sydenham.	3 grammes.
Glycérine pure.	120 "

Le malade peut encore utiliser ce liquide pour se gargariser ou se baigner la gorge, en mettant une cuillerée à café de ce topique dans un demi-verre ou un verre d'eau tiède, suivant sa susceptibilité.

(Gaz. méd. Belge.)

Empoisonnement par la cigüe

On écrit d'Ajaccio que des voyageurs passant la nuit près du village de Sainte-Lucie-de-Moriani, entendirent des cris étouffés qui semblaient provenir de la villa Pauline. Ils donnèrent l'alarme aux habitants du village. Mme P. S. . . ., propriétaire de l'immeuble, était étendue sur le parquet, demi-nue et se tordait dans des convulsions terribles; près d'elle, sur une table, un bol contenant, ainsi qu'il a été reconnu plus tard, une décoction de "gentiane" dans laquelle on avait infusé des racines de "ciguë," était à moitié vide. Mme S. . . ., ne tarda pas à mourir dans des souffrances atroces.

(Ibid.)

La fréquence des psychoses dans la race Juive

D'après Kroepelin, les Juifs sont plus sujets aux maladies nerveuses et mentales que les Allemands, et il explique le fait par la plus grande fréquence des unions consanguines parmi les israélites.

Sur 100 cas de paralysie, Hirshl en trouve 20 chez des Juifs. De même Beadles compte une proportion anormale de Juifs parmi ses observations de paralysie générale—25 pour 100.

D'après son expérience personnelle à la clinique psychiatrique de Vienne, Pilcz donne la statistique suivante :

Sur 1.219 malades atteints d'aliénation mentale, 134 étaient juifs, soit une proportion de 10,9 pour 100. Les Juifs représentent 8,8 pour 100 de la population de Vienne.

Bien que la folie alcoolique constitue la plus forte proportion dans le total général, on n'en trouve pas un cas parmi les Juifs. Les psychoses qu'on observe chez eux sont celles dont la constitution psychopatique congénitale forme le principal facteur étiologique, celles du type dit "hérédodégénératif."

La forte proportion de paralysies générales progressives observées chez les Juifs, amène Pilcz à conclure que "la lutte pour l'existence" est la principale cause de cette prédominance.

Il n'y a plus de différence entre les Juifs et les autres races pour les psychoses qui reconnaissent comme étiologie les hétéro ou auto-intoxications, les lésions vasculaires ou cérébrales.

(Ibid.)

CHIRURGIE

Six cas d'ablation par le périnée de la prostate hypertrophiée

par M. le Dr ROCHET (de Lyon)

J'ai opéré 6 malades atteints d'hypertrophie sé-nile simple, non cancéreuse, de la prostate, en prati-quant sur eux l'ablation de la glande par le périnée. Ces malades présentaient des accidents d'ordres di-vers, mais nécessitant une intervention chirurgicale, et étaient arrivés à un degré des lésions ou à une pé-riode de l'affection trop avancés, pour permettre au traitement médical ou au cathétérisme sous toutes ses formes, de suffire aux besoins de la situation. C'est dire que l'opération n'a été pratiquée que sur des in-dications bien nettes, et après l'échec constaté des moyens thérapeutiques ordinaires. Les cas n'ont donc pas été choisis spécialement bons, ils n'en sont que plus intéressants à rapporter comme contribution à l'étude de cette question toujours neuve de la théra-peutique des prostatiques, et aideront à juger de la valeur d'une opération née d'hier seulement, mais dont les résultats sont surprenants, et qui semble de-voir effacer toutes les autres et devenir le traitement de choix, quand l'heure d'intervenir chirurgicalement sur le prostatique est arrivée.

Aujourd'hui que cette opération commence à être pratiquée un peu partout, et que les statistiques commencent à grossir à son sujet, mais où les chirur-giens semblent procéder de façons les plus diverses pour extraire la prostate hypertrophiée, et où par conséquent le manuel opératoire n'est pas du tout réglé, il est important que chaque opérateur fasse bien connaître celui qu'il a suivi, la succession précise des manoeuvres qu'il a employées pour mener l'opération à bonne fin avec le moins de dégâts possible; plus tard, on comparera tous les procédés, on prendra ce qu'il y a de bien dans tel ou tel, pour arriver à une méthode donnée, la plus innocente et la plus régulière possible. En attendant, il convient que chacun dise comment il procède, et quels sont ses résultats.

Voici, pour ma part, comment j'ai procédé, en détail.

Le malade était mis sur le lit de Trendelenburg (en conservant seulement la moitié supérieure de ce lit), les cuisses fortement fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses; le bassin soulevé par un fort coussin; en somme, dans la position forcée de la taille périnéale. Un conducteur cannelé de Syme est introduit jusque dans la vessie pour bien repérer plus tard l'urètre prostatique, et est confié à un aide pen-dant les premiers temps de l'opération.

"L'incision" est faite légèrement concave en ar-rière à 2 centimètres en avant de l'anus, d'un ischion à l'autre; la forme de l'incision n'a du reste pas d'im-portance comme dans toute médecine opératoire, pourvu qu'elle donne suffisamment de jour sur les parties profondes.

Le doigt gauche placé dans le rectum pour repé-rer sa paroi antérieure, la main droite, armée de ci-seaux, sectionne le raphé musculaire ano-bulbaire, en arrière du bulbe, qu'un aide récline et protège en haut, et qu'on ne doit pas apercevoir.

Sitôt les fibres sphinctériennes coupées jusque derrière le bulbe, le doigt entre dans le triangle recto-urétral et décolle le rectum aussi loin que possible en arrière de l'urètre, jusque sur la face postérieure de la prostate. Pendant ce décollement, le doigt ma-noeuvre à l'intérieur d'une sorte de sangle ovulaire musculaire formée par les bords internes des rele-veurs; si on est un peu gêné sur les côtés par cet an-neau on l'élargit de chaque côté par une forte dilata-tion digitale; on peut même sans inconvénient sec-tionner quelques-unes des fibres les plus internes de cet anneau. Sur la ligne médiane, le décollement est aisé en se guidant sur le doigt rectal, et peut être poussé très loin, jusqu'à la base de la prostate et au triangle inter-déférentiel. Le décollement bien fait jusqu'à ce niveau, une longue valve plate (8 à 10 cen-timètres de long sur 2 centimètres et demi de large) est mise sur le rectum décollé; une autre moins lon-gue et moins large sur l'urètre bulbo-membraneux laissé en avant; et alors, "si on fait un peu basculer en arrière le plan sur lequel repose le malade," ma-noeuvre très importante pour bien voir la profondeur de la plaie, le périnée ouvert regardant plutôt en haut (du côté du plafond plutôt que du mur latéral de la salle d'opération), la prostate commence à apparaître bombant sous la capsule, où rampent des veines plus ou moins volumineuses. "J'incise alors franchement la paroi inférieure du canal prostatique," dans toute sa longueur, jusqu'à la vessie, y compris l'orifice uré-tro-vésical lui-même, me guidant sur le conducteur de Syme senti au niveau du bec de la glande, et fendant bien entendu toute la face postérieure de cette glande sur la ligne médiane, pour arriver jusqu'à l'urètre.

L'incision prostatique médiane faite jusque dans la cavité de l'urètre, chaque moitié de la glande fen-due se détache maintenant nettement sur le fond opé-ratoire. Alors, on saisit une de ces moitiés "au-dessous de sa capsule," avec une pince de Museux, un peu loin, et avec une sonde cannelée je cherche à décoller cette moitié de sa capsule et à amorcer ce dé-collement aussi bien que possible. Le doigt remplace ensuite la sonde et va travailler à isoler ce lobe, soit

sur ses parties latérales, soit en haut sous le plancher de la vessie; à mesure que ce détachement lobaire avance, on saisit avec les pinces à griffes des parties de plus en plus élevées de ce lobe, "en l'accouchant à mesure, pour ainsi dire, par le périnée."

Le point qui nous a paru le plus résister, c'est celui qui est sous-jacent au plancher vésical lui-même; parfois on est obligé de s'aider des ciseaux pour faire la séparation à ce niveau, et ne pas déchirer la vessie. En bas et en dedans, du côté de l'urètre, la séparation nous a guère semblé possible, et nous avons toujours emporté un peu de la paroi latérale de l'urètre. La "paroi urétrale supérieure reste, elle, absolument intacte," on ne touche pas en effet à la partie anté-urétrale de la prostate qui n'a aucun rôle pathologique dans la dysurie.

Une moitié enlevée, on opère de même exactement pour la moitié du côté opposé.

L'opération terminée, on aperçoit très bien la loge prostatique vide, débarrassé de son contenu, et apparaissant comme une cavité arrondie, de volume adéquat à celui de la glande enlevée derrière la sangle musculaire des releveurs. Sur le plafond de cette cavité, apparaissent la paroi supérieure de l'urètre prostatique, l'orifice uréthro-vésical ouvert et quelques lambeaux de muqueuse de la paroi latérale de l'urètre, mais la muqueuse des parois inférieure et latérales est beaucoup moins abimée qu'on ne pouvait "a priori" s'y attendre, et la paroi supérieure est intacte.

Dans un cas même, particulièrement favorable pour le décollement, nous avons pu conserver près de la demi-circonférence supérieure de la muqueuse tout à fait indemne.

Tout à fait dans le fond de la cavité, apparaît par sa face externe la paroi vésicale du plancher soulevée et bombant du côté du périnée comme un voile membraneux mobile.

J'ai mis à tous mes opérés un double tube à drainage (genre Guyon-Périer) enfoncé de 2 à 3 centimètres dans la vessie, et maintenu en place par un point de suture placé au niveau de la sangle des releveurs. Il assure la propreté de la plaie, car, suffisamment gros, ces tubes drainent toute l'urine ou presque toute dans les premiers jours après l'opération. Il empêche en outre la rétention derrière des caillots sanguins, qui auraient pu se déposer dans la vessie pendant l'opération. Je mets enfin 2 ou 3 mèches de gaze pour tamponner la cavité prostatique et la plaie périnéale et absorber le suintement sanguin.

L'hémorragie est insignifiante. Pendant l'opération, je n'ai posé que quelques pinces; sur de grosses veines sous-vésicales déchirées, j'ai laissé 2 pinces une fois; je n'ai fait aucune ligature. En pas-

sant en effet sous la capsule, lors du commencement des détachements lobaires, on évite toutes les grosses veines, qui rampent sur la face externe de la capsule.

"Je n'ai perdu aucun opéré de l'opération même." Un seul vient de mourir (le premier datant de deux mois); mais il était presque mourant quand je l'ai opéré (72 ans, dysurique depuis 10 ans, urines purulentes depuis longtemps, jambes enflées jusqu'aux genoux). Il s'est considérablement relevé après l'intervention et est mort d'une très large escarre formée par le décubitus prolongé. Un autre, avec rétention presque absolue depuis un an, avec dilatation vésicale considérable, opéré en pleine fièvre depuis trois semaines, est complètement rétabli maintenant comme santé générale; l'opération a montré chez lui l'atrophie scléreuse complète de la prostate, mais une stricture très serrée de l'urètre prostatique et de l'orifice uréthro-vésical, due à cette sclérose, montrait bien là la réalité des formes enserrantes de l'hypertrophie, à côté des formes occlusives (par soupape, barre, etc.).

Comme on l'a vu, "l'opération a été faite tout entière par la voie inter-urétrale rectale; pas n'est nécessaire pour extraire la prostate d'ouvrir le rectum," comme certains chirurgiens l'ont fait pour avoir plus de jour (Doyen, Jaboulay). On évite ainsi certains inconvénients (incontinence rectale, fistules uréthro-rectales rebelles); et, après décollement soigneux du rectum jusqu'au-dessus de la base de la prostate, on a autant de jour. Ce n'est pas, en effet, en arrière qu'on est surtout bridé, c'est sur les parties latérales, c'est derrière la ceinture ischiopubienne, et l'incision préalable du rectum ne donne pas davantage de jour de ce côté.

Les "résultats immédiats" que j'ai pu constater sont les suivants: L'opération m'a surpris à deux points de vue: 1° au point de vue de sa relative facilité d'exécution, quand on fend la prostate en deux moitiés (y compris l'urètre prostatique) de son bec à sa base, moitiés formées par conséquent chacune *x*) du lobe latéral, *B*) de la moitié correspondante du lobe moyen, et qu'on extrait séparément et successivement chacune de ces moitiés; 2° au point de vue de la simplicité des suites opératoires.

Après l'opération, je n'ai eu ni shock bien accentué, bien à redouter cependant chez de vieux malades, à vessie infectée depuis longtemps, depuis longtemps aussi rétentionnistes, avec des lésions ascendantes de dilatation tout au moins, sinon de pyélo-néphrite véritable; ni manifestations urémiques graves, accidents encore plus à craindre chez de vieux urinaires, et pour les mêmes raisons que je viens d'invoquer; ni hémorragies secondaires dans un milieu opératoire

forcément infecté par le passage de l'urine sale et le plus souvent septique en pareil cas; ni complications inflammatoires de la plaie. J'ai seulement observé chez trois de mes malades un aspect grisâtre et même un peu pseudo-membraneux de la plaie pendant les premiers jours qui suivirent l'intervention; il y avait même une odeur un peu gangreneuse de cette plaie chez le premier de mes opérés. Mais avec des lavages quotidiens soigneux des drains, le changement fréquent des pansements, la plaie se déterge assez rapidement et au bout de 5 à 6 jours commence à laisser apparaître de beaux bourgeons charnus roses. Le salol et le camphre en poudre m'ont bien réussi aussi pour obtenir la désinfection de la plaie, et la chute des exsudats couenneux qui la recouvraient.

Le malade, s'il souffrait de "crises douloureuses" de dysurie avant l'opération, est débarrassé immédiatement de ses douleurs, et définitivement.

Plus de ténesme, plus d'envies incessantes et infructueuses d'uriner. "La fièvre urinaire" tombe aussi plus ou moins tôt, grâce à l'intervention, et tel malade opéré en pleine fièvre, oscillant entre 38°,5 et 39°,5, voit la température redescendue peu à peu, au-dessous de 38°, après avoir parfois conservé encore pendant 4 ou 5 jours les hautes températures du début. Les symptômes "d'empoisonnement général" et les troubles digestifs disparaissent aussi assez vite, à moins que les reins ne soient trop gravement atteints, et par des lésions irrémédiables comme le sujet de notre observation I. La langue, de sèche et rôtie qu'elle était, redevient humide et se dépouille de son enduit saburral; le dégoût si caractéristique de tout urinaire infecté pour tout aliment, se dissipe peu à peu, et l'appétit revient: les vomissements disparaissent aussi. Mais ces symptômes d'empoisonnement nous ont peut-être semblé un peu plus longs à disparaître que les autres manifestations créées par l'ancienne rétention.

On assiste, en un mot, comme on l'a dit déjà, et comme plusieurs observateurs l'ont noté, à une véritable "résurrection" d'un malade qui apparaissait comme irrémédiablement perdue à plus ou moins brève échéance, et qui, en tout cas, souffrait mille maux avant de succomber.

La plupart de ces heureux effets immédiats s'expliquent pour moi par le large drainage périnéal réalisé par le fait même de l'intervention sur le plancher de la vessie infectée et distendue, sur "le fond même du tonneau." J'avais déjà fait ressortir, il y a quelques années, l'importance qu'il y aurait dans tous ces cas de cystite purulente consécutive à la rétention prostatique à drainer la vessie de façon permanente, non pas à la région hypogastrique, plus ou moins

haut au-dessus du bas-fond vésical, mais au niveau de ce bas-fond lui-même, et j'avais proposé la cystostomie périnéale de préférence à la cystostomie suspubienne qui avait constitué un si grand progrès déjà dans le traitement des accidents de l'hypertrophie prostatique, et avait indubitablement permis de sauver plusieurs malades qu'aucune autre méthode n'aurait pu conserver. Malheureusement, la cystostomie périnéale, sans toucher à la prostate, faite directement au-dessus de la base de la prostate, est difficile comme exécution sur des périnées épais, et présisément dans les cas où la glande prostatique est volumineuse; je l'ai pratiquée dans cinq cas sur le vivant, sans essayer de faire, comme je l'avais proposé sur le cadavre, l'abouchement de la vessie au périnée qui m'avait paru impossible à exécuter, et en faisant la simple ouverture de la vessie au-dessus de la prostate avec mise à demeure d'un drain à ce niveau (cystotomie et drainage direct de la vessie par le périnée).

Mais il est certain que l'ablation de la prostate elle-même est plus efficace encore, draine tout aussi bien au point déclive, et remplace une opération palliative, indirecte, par une opération curative et directe sur l'obstacle lui-même; c'est elle qui est la vraie méthode et son grand avantage est, pour les suites immédiates de l'opération, la réalisation parfaite du drainage vésical au point idéal, c'est-à-dire le périnée. Grâce à cette large brèche faite au bon endroit, l'écoulement de l'urine est immédiatement et largement assuré, et avec elle l'écoulement du pus, des mucosités, des longues glaires visqueuses, des graviers qui encombrèrent le bas-fond infecté. Plus de crainte non plus pour l'entretien de la dilatation ou de l'infection ascendantes; les orifices urétéraux qui sont là tout près de la brèche vont se vider facilement, et avec eux tout l'arbre urinaire supérieur; d'où l'amélioration progressive des lésions urétéro-pyéélite, à moins que la substance rénale ne soit déjà trop altérée, atrophiée par une longue distension ancienne, ou creusée de cavités purulentes.

En même temps que ce large drainage périnéal, l'ablation de la prostate par le périnée, attaque directement l'appareil sphinctérien de l'urètre prostatique et du col de la vessie, et supprime toutes douleurs causées par le ténesme permanent qui tourmente les vieux prostatiques justiciables d'une opération sanglante.

Cet appareil est incisé, une grande partie de ses nerfs est déchirée; la névralgie douloureuse qui y est attachée depuis longtemps trouve là son traitement le plus efficace, et comme, d'autre part, l'orifice urétrovésical étant bien ouvert et débarrassé de tout obstacle, le corps de la vessie n'aura plus à se contracter

inutilement et douloureusement sur cet obstacle, crises douloureuses du corps vésical se combinant à celles de l'appareil sphinctérien du col proprement dit pour produire les atroces douleurs de certains rétentionnistes, on ne voit plus bien d'où pourraient venir de nouvelles souffrances; de fait, le soulagement est immédiat et total après l'opération.

Quels sont les résultats éloignés de ces opérations? Il est encore difficile de le dire à l'heure actuelle, puisque la publication de tous ces cas est de date encore relativement très récente; et quand les différents chirurgiens auront apporté leurs statistiques et revu leurs malades longtemps après l'opération, on pourra poser quelques conclusions fermes. Ce qu'on peut dire déjà, c'est que les heureux résultats du début paraissent se maintenir, au point de vue de la cessation des douleurs et des accidents de rétention, au point de vue de l'arrêt de la cachexie urinaire.

Que devient la miction spontanée? Pendant quelque temps, les malades perdent leurs urines par le périnée, si l'ablation de la prostate a été réellement systématique, complète, et si on ne s'est pas borné à faire simplement des excisions partielles de la glande; au bout de quelques semaines, la miction se rétablit en partie par les voies naturelles, mais il semble qu'il reste longtemps, parfois indéfiniment, des fistules périméales. Dans des cas heureux, la fistule est insignifiante, et la plus grande partie de l'urine passe par l'ancien canal (cas de Ramon et Gonzalès, Albarran, Jaboulay); dans des cas plus heureux encore (cas d'Albarran) les opérés n'ont conservé aucune fistule périméale, et le résultat a été parfait. En tous cas, et la plupart des observations sont concordantes, à ce point de vue, les opérés ne conservent pas d'incontinence véritable, même par le périnée; la fistule périméale donne de l'urine quand le malade urine, mais elle n'en laisse pas échapper autrement.

Nos résultats à nous sont trop récents encore pour que nous puissions les donner comme résultats éloignés, à plus forte raison définitifs. Mais ils sont des plus intéressants déjà, car ils permettent de supposer que la miction se rétablira fort bien par les voies naturelles, avec ou peut-être sans fistule périméale. La lecture des observations suivantes donnera les détails des résultats déjà obtenus. Nous rappelons que nous nous sommes attaché à "conserver le plus de muqueuse urétrale intacte pendant l'ablation de la glande," et que chez tous nos opérés, nous avons respecté une bande de muqueuse absolument intacte sur la face supérieure de l'urètre, et continue avec la muqueuse du canal situé au-devant du foyer opératoire.

Le cathétérisme métallique a été tenté chez nos

malades 15 jours après l'opération environ, une dizaine de jours après l'ablation des tubes périnéaux drainant la vessie. La sonde à courbure ordinaire (modèle Béniqué) a passé très aisément chez tous; dans la région autrefois occupée par la prostate, il faut avoir seulement un peu d'attention, et s'attacher à bien suivre la paroi supérieure de l'urètre, tenant le bec de la sonde bien directement en haut sur la ligne médiane, sans le laisser tourner et s'égarer à droite ou à gauche, dans la cavité laissée libre par l'ablation de la glande.

(Gaz. hebd. méd. et chir.)

SYPHILIGRAPHIE

Sur la syphilis de la cavité buccale

(Suite)

Un deuxième symptôme, susceptible d'induire en erreur, c'est la fièvre; le malade éprouve des frissons intenses, de la fatigue, de la céphalée, et le thermomètre atteint 40°.

L'amygdale peut n'être que tuméfiée, d'une rougeur vive, sa surface étant normale, ou légèrement érodée, sa consistance atteignant parfois la dureté de la pierre, ou n'étant qu'oedémateuse; mais le plus souvent, elle présente des caractères plus marqués. Elle est le siège d'une ulcération profonde, cratéri-forme, à bords durs, rappelant plutôt par son aspect extérieur une gomme, ou un néoplasme malin que l'accident initial de la syphilis. Enfin l'amygdale tuméfiée peut être recouverte d'une pseudo-membrane adhérente, blanchâtre, diphthéroïde. Dans tous les cas de chancres tonsillaires, les régions ambiantes sont oedématisées, tuméfiées, rougeâtres; aussi la douleur intense, la fièvre et les phénomènes généraux aidant, on peut confondre le chancre avec une angine simple, phlegmoeust, diphthéritique. Mais s'il s'agit de syphilis, la lésion sera beaucoup plus longue à guérir que dans les affections précédentes, et les ganglions voisins seront pris. Ce n'est pas à dire que ce dernier caractère manque dans les autres lésions tonsillaires, mais alors les masses ganglionnaires sont douloureuses.

Enfin toutes ces difficultés seront levées, et la lumière se fera, si nous pouvons attendre les accidents secondaires, qui ne tarderont pas à être décelés, huit à dix semaines après l'infection syphilitique.

Arrivons aux accidents secondaires de la syphilis buccale. On observe tout d'abord l'érythème syphilitique, qui siège de préférence sur le voile du palais et sur le tissu adénoïdien de l'arrière-gorge, sous forme de rougeur diffuse. Sur la voûte palatine, ces

placards prennent des contours serpigineux. On observe aussi des vésicules, qui laissent après elles de petites érosions à guérison rapide. Le plus souvent on note, d'une façon concomitante, une tuméfaction des deux amygdales, appelée angine sphilitique, qui rappelle beaucoup l'angine catarrhale. Mais bientôt ces manifestations syphilitiques se caractérisent tout à fait par l'apparition de la plaque muqueuse. A certains endroits, se développent d'abord des rougeurs, ayant environ les dimensions d'une lentille; puis on voit leur centre se surélever, s'éroder, et se couvrir d'un enduit très adhérent, jaune-blanchâtre, répondant aux couches épithéliales superficielles, qui sont tuméfiées. Si on enlève cet enduit, on trouve une surface saignante, érodée. Quand les plaques muqueuses siègent aux commissures labiales, leur partie cutanée est plus ou moins surélevée, jambonnée, encroûtée, sèche, tandis que leur région correspondant à la muqueuse est couverte d'un enduit humide, brillant, jaunâtre; en outre, elles apparaissent comme repliées sur elles-mêmes en leur milieu, et montrent des rhagades saignantes, plus ou moins profondes, plus ou moins nombreuses.

Les plaques muqueuses se trouvent assez rarement dans le repli gingivo-labial, ou sur les gencives.

Certaines circonstances peuvent favoriser l'éclosion de ces accidents au niveau de la langue. Ce sont: la macroglossie, les excitations locales (tabac-boissons fortes), les excitations mécaniques (mauvaise dentition, dents mal soignées, tartre dentaire). La plaque muqueuse de la langue ne se distingue pas de celle des muqueuses en général. A côté des papules plates, on trouve les rhagades, les formes fissuraires, dont le bord est rouge, bien délimité ou couvert d'un léger exsudat diphtéroïde. Sur les bords ou sur la surface de la langue, plusieurs rhagades peuvent se rencontrer, se croiser, d'où production de fissures étoilées, dont le centre forme une dépression profonde, ou une ulcération. Les plaques muqueuses se rencontrent le plus souvent sur le 1-3 moyen de la surface linguale.

Cette dernière lésion peut quelquefois revêtir une forme spéciale, appelée la plaque lisse par les auteurs français. C'est une surface délimitée rouge, lisse, qui se distingue par sa couleur rouge de l'enduit général blanc-grisâtre, de la langue; il semble qu'à cet endroit, on ait frotté, lissé la muqueuse. Cette forme est particulièrement persistante et rebelle à la guérison; elle récidive facilement.

Comme intermédiaire entre les accidents secondaires et tertiaires, il faut citer la leucoplasie de la muqueuse buccale, qui permet quelquefois de reconnaître la syphilis, longtemps après sa guérison, ou la dispa-

rition des phénomènes morbides. Comme toutes les manifestations spécifiques de la bouche, elle peut être provoquée ou entretenue par des excitations locales (tabac, mauvaise dentition). Elle apparaît sous forme de plaques plus ou moins diffuses, au niveau desquelles l'épithélium semble épaissi, dépoli; au centre de la plaque celui-ci peut être éliminé, d'où érosions douloureuses, à surfaces saignantes, qui peuvent se surélever et se couvrir d'enduit diphtéroïde. Les sièges de prédilection de la leucoplasie, appelée encore psoriasis mucosae, sont les lèvres et leurs commissures, le repli labio-gingival, la pointe, les bords de la surface inférieure de la langue.

Arrivons enfin aux accidents tertiaires de la syphilis buccale; ceux-ci se manifestent soit sur la muqueuse, soit sur les tissus sous-muqueux, soit encore sur le périoste ou l'os.

Les gommages revêtent ici, comme dans les autres régions, deux formes différentes. L'infiltration gommeuse peut être circonscrite, en forme de noyau ramolli dans son centre, et former des ulcérations, ou bien aplatie, diffuse, sans aucune tendance à la résolution, et donner une induration. Cependant quelques parties du noyau induré sont également susceptibles de se ramollir, d'où une forme mixte.

Les noyaux gommeux sont généralement multiples; ils affectent de préférence la lèvre supérieure, et ont une tendance manifeste à s'ulcérer du côté du revêtement cutané. Il en résulte alors des ulcérations profondes cratériformes, à tissu lardacé, autour desquelles les tissus ambiants s'infiltrent, sans donner lieu à aucune autre réaction. L'ouverture du côté de la muqueuse est rare; on l'observe cependant quelquefois. Au contraire les indurations gommeuses, ne s'ulcérant pas, ont une prédilection marquée pour la lèvre inférieure; elles débutent plutôt vers une des commissures labiales. Au début, la lèvre paraît simplement augmentée de volume, puis survient de l'ectropion; la muqueuse semble lisse, de coloration normale. Enfin, quand l'infiltration s'indure davantage, se ratatine, ce qui n'a pas lieu d'une manière uniforme, la muqueuse se ride par endroits, devient pâle, atrophique, et la lèvre s'amincit. Par contre, celle-ci augmente de consistance, car ses tissus deviennent de plus en plus durs et fibreux, la muqueuse, mal nourrie, atrophiée, peut même finir par s'éroder, par s'ulcérer; et lorsqu'il y a forme mixte, les parties ramollies arrivent quelquefois à s'ouvrir au niveau de ces parties de muqueuse lésées.

La syphilis tertiaire de la langue présente une évolution analogue; nous y trouvons à côté de la sclérose diffuse, la glossite gommeuse circonscrite, et la forme mixte.

La gomme de la langue peut débiter dans la sous-muqueuse, et on observe des ulcérations rondes, fissuraires, entourées d'un rebord induré. Quand la lésion se développe dans la musculature, il n'y a généralement qu'un noyau ou deux, qui déterminent néanmoins une voussure anormale. On sent alors dans le tissu lingual une infiltration dure, qui augmente lentement, tandis que la muqueuse reste normale, jusqu'au moment où celle-ci se ramollit, s'abaisse à l'extérieur, et produit une ulcération profonde, cratériforme, d'aspect lardacé. Comme phénomènes subjectifs, on note toujours des douleurs, une gêne fonctionnelle marquée, et une salivation exagérée. Les gommages s'ouvrent presque toujours sur la face dorsale de la langue, et rarement du côté du plancher buccal.

La glossite scléreuse se traduit au début, comme à la région labiale, par une tuméfaction diffuse, la muqueuse restant intacte: puis il se produit des rides superficielles, quand l'infiltration se ratatine, s'indure. La langue augmente alors de consistance, elle devient plus dure; ses mouvements se limitent. Les sensations subjectives sont minimées dans cette variété de gomme syphilitique.

D'une façon plus rare, on observe la glossite scléreuse, superficielle, prenant son origine dans le tissu sous-muqueux. En pareil cas, on sent de petites nodosités, ou de petits sillons indurés, à ce niveau la muqueuse perd sa constitution papillaire; elle devient polie, brillante; mais elle présente des fentes, des plis autour des sillons, et devient atrophique en ces endroits, en présentant une tendance manifeste à l'ulcération.

Assez fréquentes sont les lésions tertiaires du palais; celles-ci sont primitives, ou consécutives à des affections nasales. Les gommages de la voûte palatine sont ou bien superficielles ou bien sous-muqueuses; elles affectent de préférence la ligne médiane, et se présentent sous la forme de noyaux durs, multiples, brun-rougeâtres; les malades n'en souffrent pas, et n'en éprouvent qu'une gêne insignifiante; aussi le médecin est-il rarement consulté à leur égard. Cependant ces noyaux arrivent quelquefois assez rapidement à s'exulcérer, dans ce cas le périoste et l'os, qui peuvent être dénudés, le sont sur une trop faible étendue, pour qu'il y ait nécrose. Ces ulcères guérissent assez vite sous l'influence d'un traitement approprié, et ne laissent après eux que des cicatrices légères, d'aspect blanchâtre.

Plus sérieux que ceux-ci, sont les noyaux gommeux profonds de la voûte palatine, ceux-ci, en effet, gagnent rapidement le périoste, Ces tumeurs sont rarement multiples, elles siègent sur la ligne médiane et

ne déterminent que des symptômes subjectifs de faible importance. La tuméfaction se ramollit vite, et donne un trajet fistuleux, qui permet d'arriver sur des séquestres osseux.

On peut observer une évolution analogue, quand le processus débute par le bas-fond de la cavité nasale. Il en est de même s'il a pour origine l'os, ou le périoste, et non pas le tissu sous-muqueux.

Mais il existe aussi une forme de périostite irritative, assez précoce, qui marque souvent le passage de la période secondaire à la période tertiaire. Il se développe, au milieu de phénomènes très douloureux, une tuméfaction de forme ovôide sur la voûte palatine; au-dessus d'elle, la muqueuse est normale. Celle-ci amène une néoformation osseuse, sans exostose, qui peut disparaître quelquefois, sous l'influence du traitement spécifique.

Mais à part, naturellement, les manifestations périostiques et osseuses, le voile membraneux du palais peut présenter les mêmes lésions tertiaires que la voûte palatine. Consécutivement à ces manifestations, on peut observer des perforations faisant communiquer les cavités nasale et buccale.

Le bord alvéolaire de l'un et de l'autre maxillaire peut aussi présenter des infiltrations tertiaires. Ces lésions sont néanmoins plus rares que celles de la voûte palatine. Au milieu de douleurs assez violentes, on voit une ou plusieurs dents s'ébranler, puis tomber, la gencive devenir rouge, se tuméfier, et enfin une ulcération se développer sur la muqueuse, avec élimination d'un pus fétide. Le plus souvent le processus se localise aux alvéoles, correspondant aux incisives du maxillaire supérieur, au bout d'un certain temps, il se forme un séquestre qui s'élimine, et la lésion se cicatrise.

Les processus tertiaires des maxillaires, en particulier du maxillaire supérieur, ne sont pas rares. Les ostéo-périostites, quelquefois primitives, peuvent aussi se développer consécutivement à une lésion du nez ou du voile du palais. Le plus souvent il y a nécrose partielle; mais parfois on a observé des nécroses étendues faisant communiquer les sinus maxillaires, le nez et la bouche.

(Le concours Médical)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE PRURIT DE L'ICTÈRE (Leichtenrtein)

Menthol.....	} aa 5 gr.
Oxyde de zinc.....	
Amidon.....	} aa 30 gr.
Talc.....	

F. s. a.

Supplément Littéraire

Le centenaire

par M. EDMOND HABAUCOURT.

O Molière, ton âge est-il si loin du nôtre ?
Il a suffi d'entrer d'un siècle dans un autre

Pour qu'hier devienne jadis,
Et dans le ciel, Monsieur Purgon se désespère
De voir comment ses fils ont rené leur père
Pour devenir ses petite-fils.

Tout croule ! Diafoirus jure par Hippocrate,
Que tout croule, et que la progéniture ingrato
A déshonoré ses berceaux ;
Fleurant crie, et Thomas contemple d'un œil vide
Cette horde d'enfants gâtés qui dilapide
L'héritage auguste des sots !

Ceux qui pontifiaient sont morts. Quand les Augures
Rencontrent, dans les bois de Clamart, leurs figures,
Ils s'écraient à pleines dents.
Ils ont fait un grand feu des robes doctorales
Et lancé par-dessus le coq des cathédrales
Le bonnet pointu des pédants.

Bon Molière, regarde un peu ces jeunes hommes,
Et dis si les savants de l'époque où nous sommes
N'ont pas l'air d'être nés de toi ?
Comme toi-même, ils sont les chercheurs de la vie
Qui font leur tâche, avec la palpitante envie
De vivre et de savoir pourquoi.

Sous le tablier blanc et la calotte noire,
Ils sont les ouvriers qui peinent pour la gloire
De bien faire en faisant du bien.
Quand le pauvre a besoin d'un bras qui le soutienne,
Il trouve une pitié qui ressemble à la tienne,
Dans leur cœur qui ressemble au tien !

Il trouve dans leurs yeux un rire qui se penche,
Comme le tien, Molière, et c'est ta verve franche
Qui ressuscite dans la leur.
Car s'est de toi qu'ils ont appris cette science
De poser, ainsi qu'un baume de patience,
Le sourire sur la douleur !

Vers tous les cris, vers tous les râles,
Baignés de lueurs sépulcrales,
Ils vont gaiement et sans dégoût ;
N'ayant ni grands mots, ni grands gestes,
Leur jeunesse se tient debout
Au chevet de toutes les pestes.

Mieux que Dante, ils ont vu l'Enfer,
Tous les châtements de la chair,
Tous les spasmes des agonies ;
Après l'haleine des fiévreux,

Ils ont respiré les sanies
Que la tombe égouttait sur eux.

Leur charité regarde en face
Tous ceux qu'on fuit, tout ceux qu'on chasse,
Et pour faire à ces délirants
Une fin qui soit presque bonne,
Ils sont les suprêmes parents.
Des oubliés qu'on abandonne.

Ils entrent chez la mort en criant : "Nous voici !"
Ils sont les chevaliers sans morgue et sans souci,
Et leur rire sonne en fanfare :
Rythmant de l'héroïsme en refrains de couplets,
Ils ont les mots de Frère Jean chez Rabelais
Et ceux de Jésus chez Lazare.

Ils sont ceux d'entre nous qui montrent le devoir
De se tourner vers les misères, et de voir
Les torturés de la Géhenne ;
Ils sont les guérisseurs des humbles, et leurs mains,
Expertes au plus pur de nos gestes humains,
Mettent de l'amour sur la haine.

Ils descendent vers la colère des faubourgs,
Et sur la place même où l'appel des tambours
Amoncelait des barricades,
Ils se dressent en des courages éloquents,
Et leur fraternité lève entre les deux camps
L'étendard des bonnes croisades.

O peuple, nous voici debout contre les maux !
Peuple au cœur généreux qu'on trouble avec des mots,
Tu te crois loin, nous sommes proches !
Parce qu'on te déclame, aux carrefours, tu crois
Être seul à traîner le fardeau de ta croix
Parmi les ronces et les roches.

Parce que, pas à pas, sur les cailloux sanglants,
L'œuvre du temps futur chemine à pas trop lents,
O peuple noir, tu t'imagines.

Qu'un troupeau de vaincus gît aux pieds des vainqueurs,
Que le monde a deux lois, que la France a deux cœurs,
Et la race deux origines !

On t'a dit qu'au milieu des pourpres et des ors
L'égoïsme bourgeois entasse des trésors
Tandis que tu geins à la peine :
Le trésor qui nous plaît et que nous entassons,
C'est un peu de science avec quelques chansons
Et nous t'en apportons l'aubaine !

Emissaires d'en haut vers les douleurs d'en bas
Nous venons annoncer à qui ne le sait pas
Qu'on vous regarde et qu'on vous aime ;
Toute notre richesse habite sous nos fronts,
Et ce que notre effort a conquis, nous l'offrons.
Il n'est don que le don soi-même.

Donner de l'or, cela n'est plus assez pour nous !
L'or qu'on jette en passant ne comble pas les trous

Creusés entre une classe et l'autre :
 Nous nous arrêterons sur le bord du fossé,
 Et par-dessus le sang qu'on a déjà versé
 Nous verserons un peu du nôtre !

Car nous savons soigner et mourir quand il faut.
 Le lit des moribonds fut parfois l'échafaud
 Qu'on gravit d'un pied volontaire,
 Et rien n'est plus fécond que le sang d'un martyr
 Pour arroser la fleur qui s'apprête à sortir,
 La fleur d'amour qui sort de terre !

Mais l'âge est trouble, et l'heure est grosse d'avenir
 Ce qui veut commencer et ce qui doit finir,
 Pressent le temps qui se consomme !
 L'homme a trop oublié que l'homme est son égal
 Et que, dans la commune angoisse de son mal,
 Il n'a pas d'autre amie que l'homme !

C'est pourquoi nous allons à travers les cités,
 Visitant les élus et les déshérités
 Qu'un même bourreau supplicie,
 Et pour joindre l'exemple au conseil, nous passons
 Régulant notre labeur et scandant nos chansons
 Sur les paroles du Messie

Aidons nous et peinons ensemble vers le mieux !
 La haine a trop longtemps hurlé sur nos aïeux
 Les noms d'esclaves et de maîtres !
 O frères des deux lits, enfants du même toit,
 Écoutez-nous, car nous avons touché du doigt
 La morne égalité des êtres !

Apprenez-le ! le crime est de vous ignorer !
 Penchez-vous l'un vers l'autre afin de déchiffrer
 Vos énigmes et vos algèbres !
 Allez et faites la lumière au lieu du bruit !
 Hommes, il n'y a pas de beauté dans la nuit
 Ni de pitié dans les ténèbres !

Connaître est le plus sûr commencement d'aimer.
 Hommes, ouvrez votre âme, au lieu de la former !
 Nul de vous n'est digne d'envie.
 Tends les bras, toi qui peul ! Tends ton cœur, toi qui hais !
 C'est par la charité qu'on ira vers la paix,
 Et par l'amour qu'on fait la vie.

(Gaz. des hôp.)

Les circonscriptions hospitalières

(air du *Pompier de Gonesse*).

L'autre jour, c'était dimanche,
 Sur le trottoir j'ai glissé,
 Je me suis luxé la hanche,
 Fracturé le péroné.
 Autour de moi on s'empresse,
 Des sergots, sur un brancard,

M'enlèvent sans délicatesse
 Au bout d'une bonne heure et quart.

Vers Beaujon on s'carapatte ;
 On m' dit là qu'une décision
 N' permet plus qu'on s' casse la patte
 Hors de sa circonscription.
 Sur Saint-Louis, v' là qu'on s' cavale,
 On m' dit : "Mon vieux, t'es capot
 Du moment qu' t'as pas la gale,
 On n' soign' qu' les maladies d' peau !"

On va comm' des corps sans âmes,
 Puis on s'arrête à Broca.
 Là, c'est les maladies d' femmes,
 Et pour moi c'était *barka* !
 Sur Necker, on file ensuite,
 Mais un infirmier me dit :
 "Si ta vessi n'a pas d' fuite,
 R' viens la s' maine des quatr' joudis !"

Aux Quinz'-Vingts ? L' directeur braille :
 "C' que tu peux t' fouiller, mon vieu,
 Si c'est pour la méthode Braille,
 Faut d'abord t' crever les yeux."
 "Eh ! bien, vous avez d' l'audace,
 M' dit-on à la Charité,
 Nons n'avons plus une seule place,
 Et faudra tâcher d' calleter."

Sur mon brancard, ou me dépose.
 J' commence à trouver le temps long.
 Éreintés, après un' pause,
 Ver le Midi nous filons.
 Enfin à la porte on sonne,
 On est r'çu tout c' qu'il y a d' mieux,
 Mais on dit : "Il n'entr' personne,
 Sans un mot de M'sieur Brieux."

A Laënnec, Saint-Antoine,
 Même accueil, même réception,
 J' n'ai pas mal au péritoine,
 J' n'ai pas b'soin d'opération.
 Tour à tour j' fis connaissance.
 De chaque hôpital coté,
 Mais partout j'eus la malechance
 De me voir ainsi boycoté.

Fatigué d' la ritournelle,
 On m'a mis au violon,
 J' passe en correctionnelle
 Dans huit jours comme vagabond.
 Cette histoire d'un pauvre homme
 Prouve, on ne peut le nier,
 Qu' pour s' casser une patte, en somme,
 Il faut choisir son quartier.

(Gaz. des hp.)

Travaux Originaux

FAUT-IL FORMER LES JEUNES GENS QUI SE DESTINENT AUX PROFESSIONS LIBÉRALES PAR L'ÉTUDE DES HUMANITÉS OU PAR L'ÉTUDE DES SCIENCES

par M. le Dr L. É. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu (Montréal)

(Suite)

L'importance des mathématiques est évidente et ne saurait être contestée; elles donnent l'habitude du raisonnement, le sentiment de la rigueur; d'où découlent la rectitude du jugement et la précision du langage. Les mathématiques sont le type de la science parfaite; elles jouissent de ce privilège inappréciable et sans lequel il serait souvent superflu de les étudier, c'est qu'il n'est pas nécessaire de les savoir actuellement pour en ressentir les avantages, mais qu'il suffit de les avoir bien sues. Toutes les opérations, toutes les théories qu'elles nous enseignent peuvent sortir de la mémoire, mais la justesse et la force qu'elles impriment à nos raisonnements restent.

L'on doit donc en faire une étude sérieuse et complète. Il y a cependant loin de là à leur accorder cette prédominance que les réformateurs de tous les temps ont toujours revendiquée pour elles.

Bien qu'elles exercent l'intelligence, ces sciences n'ont pas, comme les humanités, le pouvoir d'en agrandir l'horizon. Rien pour l'imagination, rien pour la sensibilité, rien pour les facultés morales. Elles n'appliquent l'esprit qu'à un seul ordre de connaissances et l'habituent à ne se rendre qu'à l'évidence des chiffres.

Des savants confessent avec Dubois-Raymond, que séparées de l'esprit philosophique, les mathématiques ne peuvent que dessécher l'esprit et détruire le sens de l'idéal. Ils reconnaissent que leur domaine est limité, qu'on ne saurait sans folie vouloir tout expliquer par elles; qu'il existe des vérités qui les dépassent et que ces vérités, trop souvent méconnues et dénaturées, sont en définitive les plus importantes de la vie.

Et, d'ailleurs, il est reconnu, des éducateurs

comme Mgr Dupanloup l'ont affirmé—que les mathématiques lorsqu'elles deviennent l'objet exclusif des études, appauvrissent, rétrécissent, minent même l'esprit, et loin d'être un moyen d'éducation, ne sont qu'un déplorable obstacle.

Mais, quoi, dira-t-on, prétendez-vous qu'il faille renoncer à l'étude des mathématiques? est-ce là une de ces sciences funestes avec lesquelles il faut rompre? Non, assurément, mais l'étude des mathématiques ne doit être ni exclusive ni fondamentale dans la haute éducation intellectuelle.

Pour que le jeune homme puisse parvenir au but de la véritable éducation, c'est-à-dire au développement complet et harmonieux de toutes ses facultés, il faut associer les mathématiques à d'autres études qui agissent autant sur les facultés morales que sur les facultés de l'intelligence: ces études, nous l'avons vu, ce sont les humanités et la philosophie.

Il ne faut une grande place à l'étude des mathématiques, dit encore Mgr Dupanloup, qu'au jour seulement et à l'heure où les jeunes gens en sont capables, à l'âge où leurs facultés intellectuelles seront suffisamment développées et affermies, à l'époque ou ayant acquis par d'autres études, ce que les mathématiques ne peuvent donner, leur esprit sera devenu assez fort pour s'élever aux idées supérieures et à la vraie intelligence de ces hautes sciences.

Et il faut leur donner dans ce groupement la place qui leur convient. Que les études les plus faciles et dont l'action est plus générale, occupent le premier rang. Sans chercher à en amoindrir la valeur, reconnaissons que les mathématiques sont d'un accès plus difficile que les humanités, que leur action est plus limitée, qu'elles ne peuvent par conséquent former la base d'une éducation libérale complète; et rangeons les après les humanités et la philosophie.

Que dirons-nous des sciences? Nier l'utilité pratique de cette étude, serait vouloir fermer les yeux à l'évidence. Si, autrefois, l'on pouvait s'en dispenser, il n'en est plus de même, dans notre siècle de progrès matériel. Les sciences ont révolutionné le monde; et il n'est plus permis à personne d'en ignorer les principes et les applications. Il n'y a pas de doute d'ailleurs que les pays qui progressent le plus sont les pays où les sciences sont de plus en honneur.

Loin de nous l'intention de vouloir amoindrir les

avantages que procure l'étude des sciences; nous nous refusons à ne voir dans cette étude qu'un simple exercice de mémoire; sous leur influence au contraire, l'esprit d'observation, l'expérience le prouve, acquiert un développement remarquable. Et, de plus, il est bien certain que les connaissances acquises sont comme des degrés par lesquels l'on s'élève à des connaissances nouvelles, et que la lumière qui se projette d'une science sur une autre, facilite le travail de l'intelligence en lui ouvrant des horizons nouveaux.

Nous admettons ces arguments, ils sont vrais et justes. L'on peut toutefois faire quelques restrictions. Quand, par exemple, l'on vient nous dire que les pays où les sciences sont le plus en honneur, sont les pays les plus prospères, nous ne comprenons la valeur de cette argument en faveur de l'étude des sciences comme moyen de formation intellectuelle.

N'est-il pas vrai, en effet, que dans les pays industriels, l'enseignement des sciences se fait dans des écoles spéciales ?

Pas plus là qu'ici les élèves ne sortent de l'enseignement secondaire, chimistes, naturalistes ou savants. Les écoles techniques leur permettent de suivre leurs inclinations et d'approfondir les études dont ils avaient puisé les principes en faisant leur éducation, et l'expérience démontre qu'ils sont d'autant plus forts que leur formation préalable a été plus littéraire.

Etudier les principes des différentes sciences, insister sur les plus importantes, voir les rapports des sciences entre elles; suivre le progrès dans ses grandes lignes: voilà, croyons-nous, un programme raisonnable.

N'oublions pas que l'enfant étudie, non pour apprendre, mais pour se former. L'on ne doit pas chercher à faire glisser son intelligence sur une foule de choses, mais à lui en faire approfondir quelques-unes.

Ce que l'on doit vouloir particulièrement, c'est assouplir ses facultés—surtout les facultés supérieures, le raisonnement, l'imagination—pour les rendre capables de s'exercer utilement plus tard sur n'importe quel objet que l'homme pourrait choisir dans le cours de son existence.

Pour cela, il faut nécessairement négliger les détails d'érudition, ne pas charger la mémoire d'une foule de connaissances sans ordre et sans lien; il faut

surtout insister sur les principes et les graver dans l'esprit en caractères à jamais ineffaçables. L'érudition n'est pas la science.

On lira peut-être avec intérêt, les réflexions remarquables de M. de Bonald.

“ On occupait naguère beaucoup trop les enfants de zoologie, de botanique, d'histoire naturelle. Soit que ces recherches, qui exigent beaucoup plus de mémoire que d'esprit, retrécissent l'intelligence en l'arrêtant sur une foule de détails minutieux, ou en lui faisant contracter l'habitude de soumettre au calcul et au compas, ce qui ne doit être que jugé et senti, il est certain que les siècles où ces sciences seront exclusivement cultivées, ne seront point des siècles d'éloquence, de poésie, de religion et de morale. Les hommes les plus éclairés voient l'influence dangereuse de ces cultures ingrates, où, hors quelques-uns qui en font aux arts des applications utiles, le grand nombre labourent sans semer et voient la première fleur de l'imagination et du sentiment, se flétrir sur des contemplations arides et de stériles nomenclatures.”

Mr.-Jules Payot, inspecteur d'Académie, agrégé de philosophie à la Sorbonne, disait dans un excellent ouvrage sur l'éducation de la volonté: “ On semble accepter comme axiôme qu'un étudiant une fois sorti du collège ne travaillera plus jamais. Il en résulte que tant qu'on le tient, on s'efforce de verser en lui toutes les notions qu'il est possible de lui faire apprendre. Des études encyclopédiques demandent à sa mémoire des efforts surhumains. L'on dégoûte à tout jamais du travail une grande majorité des jeunes gens.

Ce mot, science, nous suggère aussitôt l'idée de savoir accumulé, tandis qu'il devrait nous suggérer l'idée d'un esprit hardi, vigoureux, plein d'initiative, mais extrêmement prudent dans la vérification. L'érudition tend à alourdir l'esprit. L'amas des petits faits encombre la mémoire; l'honneur d'être un dictionnaire vivant ne tente point un esprit supérieur. Le nombre des faits n'est rien, leur qualité est tout. C'est ce que l'on est trop souvent porté à oublier dans l'enseigne-ment des sciences. On ne développe nullement la vigueur du jugement, l'esprit de hardiesse à la fois et de prudence; on surcharge les jeunes gens de notions de très inégale valeur; on ne cultive que leur mémoire, de sorte que l'on oublie l'essentiel, qui

est l'esprit d'initiative et de prudence.'

Mr. Emile Boutmy, membre de l'Institut de France, disait dans un travail sur la valeur comparée de l'éducation en France et en Angleterre: "Le but de l'instruction secondaire n'est pas d'obtenir le rendement maximum pendant que cette instruction dure, c'est-à-dire entre neuf et dix-huit ans, mais d'assurer le rendement maximum pendant la période qui suit, période de plein et utile labeur qui dure autant que la vie. La valeur d'une éducation se mesure, non à ce que l'élève au moment où cette éducation finit, peut avoir de notions dans la tête sur toute sorte de sujets, mais à ce que ces huit ou dix années de préparations auront laissé après elles de goût et d'aptitude à s'instruire par un travail indéfiniment continu. En France règne l'idée que plus l'enfant aura acquis pendant cette période, plus vaudra l'homme; et, aussi, tout l'immense effort dépensé depuis douze ans, à réformer l'enseignement secondaire a-t-il consisté à enrichir et mieux ordonner des programmes d'études, qu'on impose ensuite à tous les jeunes esprits. C'est une déplorable erreur. Il peut arriver, au contraire, qu'en se privant d'une partie du produit qu'on pourrait tirer de la période scolaire, on regagne bien au-delà sur le produit du travail viri. Aujourd'hui l'on voudrait que le jeune homme qui sort du collège sache l'astronomie comme un astronome, la chimie comme un chimiste, la botanique comme un naturaliste. L'on oublie donc qu'une science, une seule science dont on veut savoir le dernier mot, et ce dernier mot on ne le sait jamais, suffit pour absorber la vie la plus longue.

Aussi protestons nous quand sous le prétexte de mettre l'élève en état de bien comprendre le mécanisme de tout ce qui se passe dans le monde, on cherche à lui charger le cerveau d'une véritable encyclopédie, à lui enfoncer dans la tête toute l'effroyable masse des connaissances humaines, non seulement les principes, les grandes lignes, mais encore les détails.

Détails des sciences naturelles, détails des sciences mathématiques, détails de tout ce qui peut s'apprendre, le jeune homme doit tout savoir.

L'on ne devient pas un savant en apprenant des sciences, mais en acquérant le sens et les méthodes scientifiques. Les exercices littéraires, une version latine, par exemple, bien traduite et bien comprise dé-

veloppe plus les aptitudes intellectuelles dont profiteront les sciences qu'un emmagasinage, dit scientifique, même par voie d'expériences. Ce sont là des exercices passifs qui ne développent ni l'esprit de réduction, ni l'esprit d'invention, ni, par conséquent, la vraie aptitude scientifique. Fut-elle littéraire ou scientifique, la première éducation de ces hommes qui s'appellent Copernic, Képler, Galilée, Descartes, Pascal, Leibnitz? Et, cependant, que de progrès n'ont-ils pas fait faire à la science.

Nous voyons dans ces méthodes d'études scientifiques un système organisé de bourrage à outrance dont les résultats ne sauraient être autres que le surmenage, l'infatuation, et en plus le dégoût des études.

Nous avons formé un enfant prodige et c'est tout. A vingt ans, il croit tout savoir; il ne veut plus étudier, et quand même il le voudrait, il ne le pourrait pas, il est surmené: c'est un neurasthénique.

Terminons cette démonstration par un pronostic porté par Henri Marel dont on ne saurait suspecter les opinions: "Si jamais les études scientifiques l'emportent sur les classiques alors il y aura quelqu'un qui rira fort: ce seront les institutions d'études classiques. Déjà leurs élèves manifestent en tout genre une supériorité que l'on cherche justement à combattre. Ce sera la leur accorder pour toujours. Car ils se garderont bien, eux, d'abandonner les fortes études idéales au profit de la mesquine pratique et tandis que nous ferons des esprits inachevés, incomplets ou surmenés, eux seuls feront encore des hommes."

Et l'avenir est aux hommes.

(A suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

De la mort rapide ou subite d'origine gastrique

par M. LANCERAUX

Il m'a paru, depuis longtemps, que le mécanisme de la mort rapide ou subite était mal connu, et qu'il pouvait y avoir un intérêt réel à projeter quelque lumière sur ce sujet toujours obscur.

Vous savez que dans la société on ne manque

pas, lorsqu'une personne vient à succomber tout à coup, soit dans la rue, soit dans une assemblée, soit dans un omnibus ou une voiture quelconque, de proclamer que cette personne est morte, ou d'une rupture d'anévrisme, ou d'une rupture cardiaque, ou d'une embolie, ou, encore, d'une hypertrophie du coeur. Ce sont là des opinions passées dans le domaine public, après avoir pris naissance dans le monde médical, dans celui, du moins, qui ne pratique pas d'autopsies. Effectivement, tout médecin d'hôpital, qui tient à se rendre compte du mécanisme de la mort rapide ou subite, ne tarde pas à reconnaître que, le plus souvent, elle n'est accompagnée d'aucun désordre appréciable.

La mort par embolie pulmonaire ne survient, du reste, qu'autant qu'il existe des phlébites des membres ou du bassin; celle par rupture d'anévrisme ou par ectasie aortique est peu fréquente, et celle par rupture du coeur, ou hypertrophie secondaire, loin de la redouter, il convient de l'envisager comme un bienfait.

Néanmoins, la mort subite chez les personnes bien portantes, ou simplement souffrantes, est chose commune. Il se passe, en effet, peu de semaines sans qu'il en soit fait mention dans les journaux parisiens, et, dernièrement encore, un diplomate connu succombait tout à coup dans la rue.

Dans les cas de ce genre, le médecin non habitué aux recherches anatomo-pathologiques est généralement surpris de ne trouver aucune lésion matérielle, et, cependant, c'est la règle. Les seuls désordres constatés par nous dans près de cinquante examens nécroscopiques ont été les suivants: coeur contracté, vide, ou renfermant au plus 1-4 de verre de sang, gros vaisseaux et organes gorgés de sang liquide, plutôt que coagulé; aussi, en présence de ces résultats, nous ne manquons jamais, dans les cas de mort subite, d'avertir nos élèves des résultats négatifs auxquels ils devaient s'attendre.

La constatation de la vacuité du coeur nous conduisit, tout d'abord, à attribuer la mort à un arrêt de cet organe, en état de spasme, contrairement aux recherches de E. Weber et de Claude Bernard, qui ont montré qu chez l'animal dont on irrite le bout périphérique du pneumogastrique, le coeur s'arrête en diastole. Mais de nombreuses expériences, pratiquées, précisément, chez l'animal, dans mon laboratoire, par le Dr Paulesco, ayant démontré que, dans le cas de mort rapide par "anémie bulbaire," le coeur, gorgé de sang au moment de la mort, ne tardait pas à se vider ensuite, par une sorte de rigidité cadavérique, nous avons pensé qu'il devait en être de même chez l'homme dans la plupart des cas de mort subite.

Sous quelle influence se produisent ces cas de

mort, quelles sont leurs causes et quel est leur mécanisme? Tels sont les points que nous allons chercher à élucider.

Notre intention n'est pas d'indiquer toutes les circonstances qui peuvent entraîner la mort subite; à cet égard nous renvoyons à une leçon clinique, publiée par nous sur ce sujet et insérée dans la "Semaine médicale" de l'année 1894, p. 33. Nous tenons simplement à mettre en évidence cette cause si commune bien qu'à peine soupçonnée, de mort subite qui consiste dans un trouble nerveux de l'estomac, et, en particulier, dans la dyspepsie qui s'observe chez les gouteux (herpétiques).

Il est généralement reconnu que cette dyspepsie détermine une vive excitabilité du coeur et que, même dans l'état normal, mais surtout lorsqu'il existe de l'ectasie ou de la surcharge adipeuse de cet organe, il y a une certaine tendance à voir se produire, sous l'influence de mauvaises digestions, des palpitations, des lipothymies ou des syncopes.

La vie, nous le savons, commence et s'entretient par des réflexes, et, alors, rien de surprenant que la mort soit, parfois, l'effet de ces mêmes actes.

Tous les nerfs sensitifs de l'économie, y compris ceux des viscères, peuvent entraîner une mort rapide, car celle-ci n'est pas seulement causée par une très violente douleur ou une vive émotion, elle est encore produite, dans certaines circonstances, par de simples excitations. Ainsi, l'impression d'une canule introduite dans le col utérin (Tarnier, Bonvalot,) le simple toucher vaginal pratiqué par le médecin dans son cabinet (Brouardel), une injection vaginale, ont pu amener des syncopes mortelles. Tout dernièrement encore, j'étais consulté au sujet d'une jeune femme, accouchée depuis un mois, et qui avait été prise de lypothymie à la suite d'une injection vaginale.

Dans ces conditions, c'est vraisemblablement sur le bulbe que se réfléchit, par l'intermédiaire du système nerveux, l'excitation qui entraîne ces graves accidents. On sait, en effet, qu'il se produit des morts subites à la suite d'un coup porté sur l'épigastre, ou même par l'ingestion brusque d'une eau très froide. Alors, comme le prouve une expérience des plus intéressantes rapportée par Brown-Séquard, l'excitation se propage au centre bulbaire par le pneumogastrique. Ayant reconnu que l'écrasement des ganglions semi-lunaires pouvait arrêter les battements du coeur, ce physiologiste sectionna les nerfs pneumogastriques, et remarqua que cet écrasement ne déterminait plus, alors, d'effet suspensif.

Plus souvent que les coups portés à l'épigastre et que l'ingestion d'eau froide, les troubles digestifs sont des causes de mort subite, nous en avons pour preuves :

1° Les heures du jour où survient, en général, ce genre de mort, soit dans la nuit, entre 2 et 3 heures du matin, soit dans l'après-midi, vers 4 ou 5 heures, soit, encore, mais plus rarement, dans la matinée, vers 10 ou 11 heures, c'est-à-dire assez longtemps après les repas, au moment où se font sentir les troubles digestifs dans les dyspepsies avec ectasie gastrique;

2° L'absence de tout désordre appréciable du système nerveux, (pneumogastrique et bulbe), et l'intégrité, pour ainsi dire, toujours absolue du cœur, si ce n'est, parfois, une faible dilatation, avec ou sans dépôt graisseux à la surface de cet organe;

3° Le mécanisme suivant le quel survient la mort, dans les cas où elle n'est pas tout à fait instantanée.

Le fait suivant qui vient de se passer sous mes yeux est, à cet égard, des plus instructifs:

Il y a un mois, un de mes clients et amis sortait de mon cabinet vers 2 heures et demie de l'après-midi, et à 4 heures, descendant d'un tramway, à quelques pas de son habitation, il s'affaissait dans un état syncopal, et était transporté à son domicile. A l'instant même, on me faisait chercher et je le trouvais assis sur une chaise, très pâle, sans pouls et sans pulsations cardiaques appréciables, respirant à peu près normalement. Craignant une mort rapide par ischémie du bulbe, je le fais coucher sur une chaise longue, la tête basse, mais, presque aussitôt, le visage et les mains pâlisent, le regard devient fixe, les pupilles se contractent, les paupières s'abaissent, puis le nez, les joues, les lèvres, les mains se glacent et se couvrent d'une sueur froide; les mâchoires se contractent légèrement, le cou se raidit, et la respiration s'arrête.

Sans perdre une seconde, après m'être assuré que la langue n'était pas refoulée en arrière, je pratique la respiration artificielle, tantôt en pressant sur les côtés du thorax, tantôt en agitant les membres supérieurs et, au bout de quelques minutes, survient la résolution musculaire; les mouvements thoraciques reparaissent, la respiration se rétablit. Il se reproduit, alors, toutes les quinze minutes au plus, avec les mêmes allures, une série de syncopes qui se terminent de la même façon. Entre temps, comme le pouls reste toujours insensible, je pratique deux piqûres d'éther, et j'envoie chercher une solution de caféine, dont j'injecte 1 gr. 50 dans l'espace d'une heure au plus.

Ces syncopes successives se répètent, sans autre souffrance de la part du malade que de légères coliques, des nausées, et, de temps à autre, des besoins d'évacuer, et, cela, jusqu'à 6 heures du soir. A ce moment, la respiration est à peu près normale, et le pouls commence à se faire sentir; le malade, placé sur un matelas, est transporté avec de grandes précau-

tions dans son lit, et comme il est littéralement glacé, on s'empresse de le réchauffer. La respiration continue d'une façon normale; le pouls, faible, et quelque peu inégal, bat 65 fois à la minute au lieu de 85 à 90 dans l'état habituel. Enfin, le malade se met à sommeiller, mais au bout de quelques instants, vers 7 heures et demie, survient une nouvelle syncope de faible durée; puis, une autre, un quart d'heure plus tard, toujours dans l'état d'un demi-sommeil. A partir de 8 heures et demie, à la suite d'un vomissement composé de quelques cuillerées d'un liquide sale, légèrement verdâtre, les crises syncopales se rapprochent et se renouvellent toutes les six à huit minutes. C'est alors que, assisté du Dr Dumont, je décide de pratiquer une piqûre de 1 centigramme de morphine et deux nouvelles injections de caféine de chacune 0 gr. 25. Mais les accidents ne persistent pas moins et continuent à se rapprocher de plus en plus jusqu'à 10 heures. A ce moment, le malade accuse une vive oppression, et, pour la première fois, nous dit qu'il va mourir; puis, un peu plus tard, dans l'intervalle de deux crises, il demande s'il n'a pas une congestion cérébrale, et, enfin, quelques minutes après, il me dit qu'il y a dans son tiroir une lettre par laquelle il me demande de ne pas le laisser enterrer vivant. Vers 10 heures 10, se sentant mal à l'aise, il soulève brusquement la tête, ce dont je suis très effrayé, dans la crainte d'anémie bulbaire.

En effet, il se produit aussitôt une nouvelle crise: la respiration se ralentit et s'arrête; les mâchoires se resserrent plus qu'elles ne l'avaient fait jusque-là; les muscles du cou, du thorax, des membres supérieurs se raidissent, et, malgré la respiration artificielle, la langue, maintenue au dehors avec tractions rythmées, la respiration ne reparait plus: c'est la fin.

Tel est le pénible drame dont j'ai été le témoin attristé, et que je veux chercher, en ce moment, à éclaircir devant vous.

Mon client, âgé de soixante et un ans, était un névropathe, herpétique des plus impressionnables, ayant un estomac manifestement dilaté, et éprouvant de la peine à s'alimenter à cause de la difficulté des digestions. Il vivait de thé, avec ou sans lait, d'une faible quantité de viandes grillées, d'oeufs, de beurre frais, de légumes verts, et buvait de l'eau.

Néanmoins, s'il venait à manger vite, à absorber un peu plus d'aliments que de coutume, il était pris d'oppression et de palpitations d'une grande violence avec angoisse, ce qui avait pour effet de l'inquiéter d'une façon excessive. Sa maigreur était extrême, et, cependant, il existait une parfaite intégrité de tous les organes. Les pulsations radiales, au nombre de 90 environ par minute, offraient des arrêts subits dans les cas de mauvais fonctionnement de l'estomac,

et le cœur, un peu volumineux, ne présentait, pour tout symptôme, que de violentes palpitations, et, parfois, dans ces seuls moments, un léger bruit extracardiaque, vraisemblablement produit par le flottement de l'organe sur le feuillet externe du péricarde. Le système artériel n'offrait aucun désordre, et, en dehors des crises de palpitations, la marche, toujours facile, n'était jamais accompagnée d'oppressions; d'ailleurs, il n'y avait pas de polyurie nocturne, et les urines, de coloration normale, ne renfermaient ni sucre, ni albumine.

Quatre jours avant le triste dénouement auquel je viens de vous faire assister, mon client, dont la sobriété était excessive, s'était permis de manger de la purée de marrons.

Le lendemain de cette petite infraction à son régime, il venait m'annoncer la recrudescence de ses pulsations cardiaques, en ajoutant qu'il s'en allait, attendu qu'il ne pouvait plus faire, avec les haltères, à la suite de sa lotion froide du matin, le nombre de mouvements d'autrefois.

(à suivre)

CHIRURGIE

Traitement des foyers infectieux de la cavité abdominale

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein) fait remarquer qu'actuellement, tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité d'intervenir pour les abcès circonscrits, adhérents à la paroi abdominale, ainsi que pour les perforations traumatiques des organes abdominaux. Mais il n'en est plus de même pour certaines affections inflammatoires à foyer mal délimité, où l'opération a pour effet d'ouvrir une cavité abdominale plus ou moins intacte et de mettre le péritoine en contact avec des matières infectieuses. Il est démontré qu'un certain nombre de cas de cette catégorie sont susceptibles de guérir spontanément. Mais il faudrait posséder un moyen de diagnostic capable de nous renseigner sur les chances de guérison de chaque malade. Or M. Rehn a pu se convaincre que ni les symptômes cliniques, ni l'examen du sang ne nous fournissent des renseignements suffisamment précis. Cette incertitude l'a amené à adopter la seule méthode qui paraisse à même de parer au danger, c'est-à-dire l'opération immédiate et étendue. Il estime que, seule, cette dernière permet de diminuer le nombre des infections péritonéales mortelles.

Au point de vue du manuel opératoire, d'aucuns redoutent d'évacuer une collection purulente aiguë à

travers la cavité abdominale libre. M. Rehn croit que les succès en pareille occurrence sont dus d'un côté à des cas fâcheux en eux-mêmes, et d'un autre côté à une technique défectueuse. Il est d'avis, en effet, qu'il est de toute importance de faire une incision étendue sans se préoccuper de l'éventualité d'une hernie ventrale ultérieure, d'attirer au dehors les anses intestinales voisines, d'évacuer la collection purulente par une irrigation prudente avec la solution physiologique à la température du corps, de pratiquer enfin l'ablation immédiate du foyer purulent primitif, que ce soit l'appendice ou la trompe. On termine par un drainage multiple au moyen de tubes en caoutchouc entourés de gaze iodoformée si l'on tient à avoir des adhérences rapides. En outre, pour établir une pression normale dans la cavité abdominale, il faut suturer toutes les plaies, en ménageant seulement un orifice pour le passage de chaque drain.

M. Sprengel (de Brunswick) a établi une statistique d'ensemble en réunissant les résultats obtenus par plusieurs chirurgiens, afin de comparer les dangers de l'opération à chaud avec ceux de l'intervention à froid.

En ce qui concerne cette dernière, M. Sprengel en a réuni 252 cas avec 2 décès. Ce résultat, sans permettre de considérer l'ablation de l'appendice à froid comme absolument inoffensive, est cependant meilleur qu'on ne l'aurait supposé. Quant à l'opération précoce, c'est-à-dire pratiquée dans les quarante-huit premières heures, 47 cas ont donné 8 décès; mais il convient d'ajouter que chez un tiers de ces patients le péritoine était déjà envahi, de sorte qu'il ne s'agissait plus d'opération précoce, à proprement parler; cette circonstance explique le résultat relativement peu favorable de cette catégorie de faits. Enfin 237 opérations tardives ont donné 48 décès; dans un cinquième de ces cas, le péritoine était également déjà le siège de manifestations inflammatoires.

Pour ce qui est de la pratique personnelle de M. Sprengel, elle porte sur 17 opérations précoces avec un seul décès; aussi estime-t-il que l'on doit avoir recours autant que possible à l'opération précoce, avant l'écllosion de symptômes péritonéaux.

M. Roux (de Lausanne) a enlevé à froid 670 appendices, dont 53 pour 100 chez des hommes et 47 pour 100 chez des femmes. Dans 176 cas, l'opération a été pratiquée après le premier accès, dans 144 après le second; dans les autres, le nombre des crises antérieures avait été plus grand: il était de plus de 10 pour certains. Chez 130 de ces malades, on avait fait précédemment l'incision d'un abcès.

Quant aux complications opératoires ultérieures, M. Roux tient à mentionner la phlébite, qu'il a ren-

contrée 5 fois, toujours à gauche (4 fois chez des jeunes gens sans varices et une fois chez une fillette). Il a trouvé, d'ailleurs, la même localisation de l'inflammation veineuse 6 fois sur 8 autres cas de phlébite au cours de crises appendiculaires.

Les difficultés de l'intervention tiennent au siège, parfois anormal, de l'appendice et de l'exsudat primitif, à l'existence de perforations de la vessie, de l'urètre, de l'intestin, à la présence de fistules au niveau de la fosse iliaque, et surtout à la résorption insuffisante des produits inflammatoires à la suite de la dernière crise.

Les difficultés ressortissant à la première catégorie peuvent être évitées si l'on détermine aussi exactement que possible le siège du foyer inflammatoire lors de la dernière poussée, et si l'on ne néglige pas de faire un examen minutieux par la voie rectale. On se dirigera alors, pour l'incision, d'après le siège présumé de l'appendice. Pour pallier la dernière de ces difficultés (résorption insuffisante des exsudats) il suffit le plus souvent d'attendre assez longtemps après la crise, sans se laisser dicter le moment de l'intervention par le patient. M. Roux a opéré autrefois 69 cas moins de quatre semaines après le dernier accès; quand celui-ci avait été léger, l'intervention était aisée; mais parfois on a rencontré de telles difficultés qu'il semble préférable, en certaines circonstances, de fermer provisoirement la plaie et de ne pratiquer l'opération que quelques semaines plus tard plutôt que d'exposer le malade aux dangers d'une intervention au milieu de tissus infiltrés. Aussi, sauf chez les sujets soupçonnés de tuberculose ou de cancer, M. Roux conseille d'attendre au moins six semaines, voire plus, après la guérison de la dernière poussée, en ordonnant un régime léger et en appliquant des compresses humides aussi longtemps qu'il existe encore des traces d'exsudat. Si on rencontre, malgré cette précaution, un reste d'abcès au cours de l'opération, M. Roux conseille de cautériser les parois au thermocautère; en présence d'une perforation intestinale, il en excise les bords et en pratique la suture; quand, enfin, l'asepsie semble douteuse, il place un drain dans la plaie.

Dans les cas très difficiles, ou bien lorsqu'on soupçonne la tuberculose ou le cancer, il ne reste parfois que la ressource de pratiquer la résection iléo-caecale avec implantation de l'iléon dans le colon. Lorsqu'il ne s'agit ni de tuberculose, ni d'affections malignes, mais uniquement d'une inflammation très étendue, avec trajets fistuleux et abcès multiples, M. Roux conseille de faire une entéro-anastomose ou une implantation perpendiculaire de l'iléon dans le colon ascendant, avec exclusion unilatérale de toute la partie de l'intestin englobée dans le processus in-

flammatoire. Cette intervention permet de réséquer plus tard l'appendice, parfois sans difficultés.

Sur ces 670 cas, M. Rioux n'a eu que 2 décès.

M. Doyen se guide, dans ses interventions pour péritonite infectieuse, d'après les principes suivants:

Il tâche de diagnostiquer la suppuration aussi vite que possible et fait son incision directement vers le foyer purulent; il protège alors de tous les côtés le péritoine non infecté à l'aide de compresses sèches et pratique la toilette du foyer. Ceci fait, il tamponne ce foyer à l'aide de gaze et ferme partiellement la plaie après avoir introduit un ou deux gros drains en verre. Si l'exsudat péritonéal dépasse l'ombilic ou atteint les fosses iliaques, il incise au niveau de la ligne médiane et fait la toilette depuis ce point.

M. Doyen pratique une contre-ouverture dans le flanc gauche quand il trouve un foyer purulent au niveau de la rate, et y établit un drainage. Il n'a jamais vu guérir un cas de péritonite aiguë septique diffuse, et a échoué dans les cas même où il faisait une rapide toilette du péritoine à l'aide de tampons secs. Le lavage de la cavité abdominale est dangereux et risque de disséminer l'infection.

Ayant constaté que l'anus iliaque ne suffit pas pour évacuer suffisamment l'intestin, M. Doyen s'est adressé au jéjunum et a recours à la jéjunostomie, laquelle remplit parfaitement ce but; il ferme l'orifice intestinal au bout de dix à douze jours à l'aide d'une entéro-anastomose latérale.

M. Friedrich (de Leipzig) rappelle que l'examen du pus péritonéal démontre, ainsi que le fait a été établi par M. Veillon, qu'il existe dans la plupart des péritonites des microorganismes anaérobies susceptibles de jouer un rôle considérable dans la marche clinique de l'affection. On peut tirer parti de ce fait dans l'appréciation clinique des cas, ainsi que pour le traitement de cette affection.

Le syndrome de la péritonite est essentiellement celui d'une toxémie. L'action de ces toxines, fournies surtout par ces anaérobies, est très aiguë, voire foudroyante, mais peu durable. Quant au colibacille, il paraît intervenir principalement pour produire des adhérences et délimiter ainsi l'action nocive des anaérobies, lesquels, sans lui, envahiraient immédiatement la cavité abdominale entière. Les toxines de ces anaérobies amènent un abaissement de la température subit, mais passager, tandis qu'au contraire les toxines du streptocoque, lequel se trouve le plus souvent associé aux bacilles intestinaux, déterminent une élévation prolongée de la température.

Par suite, il paraît nécessaire de combattre surtout l'action des microorganismes anaérobies en pratiquant une aération aussi complète que possible de la cavité péritonéale. Il semble que l'effet de l'inci-

sion n'est pas tant de diminuer la tension intra-abdominale et de donner issue aux produits inflammatoires que d'amener de l'air et d'arrêter ainsi le développement de ces anaérobies. Il est indiqué, dans ce but, d'introduire sur certains points de la cavité des drains en caoutchouc à travers de petites ouvertures.

Il faut ensuite combattre l'intoxication de l'organisme en pratiquant le lavage du sang à l'aide de la solution physiologique en très grande quantité (plusieurs litres par jour). On veillera enfin à ce que la nutrition s'effectue d'une manière suffisante. L'alimentation par les voies normales, tout comme par le rectum, étant le plus souvent impossible à réaliser, il ne reste que la voie sous-cutanée en pratiquant des injections d'huile et de solution de sucre, comme l'a proposé M. Leube; on devrait essayer également d'introduire des substances albuminoïdes de la même façon.

M. Friedrich a traité un certain nombre de cas de péritonite d'après ces principes, et n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus.

(Gaz. hebd. méd et chir.)

Du cancer de l'estomac

M. Kronlein (de Zurich) a voulu résoudre les deux questions suivantes: 1° le cancer de l'estomac est-il susceptible d'une guérison opératoire radicale, et 2° dans la négative, l'opération a-t-elle du moins pour effet une prolongation de la vie du patient, comparativement aux résultats de la médication interne? Il s'est basé, pour cela, sur un ensemble de 264 faits, dont 67 non soumis à l'intervention chirurgicale et 197 opérés.

En ce qui concerne la nature de l'intervention, il a été fait 73 laparotomies exploratrices, 74 gastro-entérostomies et 50 ablations du néoplasme; 22 des opérés sont encore vivants à l'heure actuelle (9 cas de gastro-entérostomie et 13 de résection de l'estomac).

Quant à la durée moyenne de la vie, selon les différents modes de traitement, M. Krönlein a trouvé que les sujets non opérés ont vécu en moyenne cent deux jours à partir de l'examen. Ceux qui ont été soumis à la laparotomie exploratrice—les lésions étaient évidemment ici un peu moins avancées que chez les précédents—ont survécu en moyenne cent quatorze jours. Ceux enfin chez qui on a fait la gastro-entérostomie ont vécu en moyenne trois mois de plus que les non-opérés. M. Krönlein compte, en outre, une guérison datant de huit ans, une autre de quatre ans et deux de trois ans.

Il résulte de ces faits que l'intervention pour cancer de l'estomac, tout en n'ayant, dans la plupart

des cas, que la valeur d'un traitement palliatif, permet cependant d'obtenir une prolongation de la vie, et surtout une diminution notable, sinon complète, des symptômes morbides. Les résultats seraient certainement plus favorables si les patients étaient adressés au chirurgien dès les premiers signes de la maladie.

M. Lengeman (de Breslau) a étudié dans 20 cas de cancer de l'estomac l'état des ganglions lymphatiques stomacaux, dans l'intention de recueillir des données précises pour le manuel opératoire de la résection de l'estomac. Ses investigations ont porté sur 189 ganglions, et il a eu soin d'examiner également les ganglions les plus petits.

Il a pu constater ainsi que 40 pour 100 des ganglions situés sur la grande courbure et 50 pour 100 de ceux qui occupent la petite courbure, étaient envahis par le néoplasme. Ces résultats confirment pleinement les conclusions auxquelles est arrivé M. Cunéo; ils démontrent la nécessité d'enlever les ganglions autant que faire se peut. Il est évident que leur extirpation, surtout au niveau de la petite courbure, complique notablement l'intervention. Il n'en est pas moins indispensable d'aller aussi loin que le permettent les forces du malade et d'enlever même les ganglions qui n'auraient pas un aspect nettement cancéreux.

(Gaz. hebd. m/d. chir.)

OBSTETRIQUE

De l'anesthésie en obstétrique par le chlorure d'éther
par le Dr G. LEPAGE et M. LE LORIER

Parmi les interventions que l'accoucheur peut être amené à pratiquer au moment de la parturition, il en est quelques-unes qui ne sont pas suffisamment douloureuses pour légitimer l'usage d'un anesthésique tel que le chloroforme ou l'éther et pour lesquelles cependant la femme désire vivement ne pas éprouver de nouvelles douleurs. C'est ainsi que parfois l'accoucheur éprouve un refus formel lorsque, la délivrance faite, il se met en devoir de pratiquer une suture plus ou moins étendue du périnée.

Lorsqu'il n'y a que deux ou trois points de suture à faire, il est exceptionnel qu'avec un peu d'insistance, le médecin n'arrive pas à convaincre la femme de la nécessité de cette petite intervention; mais si la déchirure très étendue nécessite cinq ou six sutures, il arrive que la femme refuse toute suture ou ne l'accepte qu'à condition de ne pas éprouver de douleur.

Il en est de même "a fortiori" pour les applica-

tions de forceps auxquelles nombre de femmes ne consentent qu'à la condition de ne pas souffrir; or certaines femmes ou certaines familles ont une prévention souvent invincible contre le chloroforme. La discussion récente à l'Académie de médecine sur les dangers du chloroforme,—discussion vulgarisée dans les journaux politiques,—n'est pas faite pour faciliter la tâche du médecin en pareil cas.

Aussi le moment nous a-t-il paru favorable pour expérimenter, surtout dans les cas où l'intervention doit être de courte durée, un anesthésique général qui a été déjà employé par divers chirurgiens, le "chlorure d'éthyle."

C'est en 1896, au Congrès des Sociétés savantes tenu à la Sorbonne, que Soulier et Briau ont fait connaître les propriétés anesthésiques du chloridène ou bichlorure d'éthylidène dont la formule chimique, $C^2H^4Cl^2$, diffère un peu de celle du chlorure d'éthyle, C^2H^5Cl .

Von Hacker (d'Innsbruck), ayant eu connaissance de la communication de Soulier et Briau, fit les premiers essais cliniques: les résultats ont été publiés par son assistant Alph. Ludwig (in "Beitrag für klinischen Chirurgie, t. 3, p. 639, 1879). Cette statistique comprend 66 cas, de l'analyse desquels il résulte que:

1° L'anesthésie est obtenue en un temps variant de 60 secondes pour les enfants et les femmes à 75 ou 90 secondes pour les adultes mâles.

2° La période d'excitation manque complètement ou ne se manifeste que tardivement.

3° Le réveil est presque instantané sans céphalalgie; 4 fois seulement il y a eu des vomissements.

En 1898, Lotheisen publie une statistique de 170 cas qui viennent confirmer les précédents. Il a observé une période d'excitation 13 fois, des vomissements 18 fois.

Au Congrès de Paris de 1900, Severéanu (de Bucarest), insiste sur les avantages du chlorure d'éthyle. "Le chlorure d'éthyle pur, dit-il, est absolument inoffensif et me paraît présenter de grands avantages. L'anesthésie générale que donne ce produit est rapide, elle ne détermine aucune nausée et est suivie d'un réveil presque immédiat; je l'ai employé dans des cas déjà nombreux et j'en ai toujours été extrêmement satisfait."

Au Congrès de Chirurgie de 1901, Malherbe en vante l'emploi et insiste sur les avantages suivants: anesthésie obtenue en 20 à 40 secondes, durant 4 minutes, indéfiniment renouvelable.

Enfin récemment Guinard, à la Société de chirurgie, a fait savoir qu'il emploie couramment le chlorure d'éthyle, mais comme préparatoire de l'anesthésie au chloroforme.

Cette anesthésie mixte est également employée par un certain nombre de chirurgiens.

Ce n'est pas à ce procédé d'anesthésie mixte que nous avons eu recours, mais à l'anesthésie obtenue seulement à l'aide du "chlorure d'éthyle pur;" il importe, en effet, que ce produit soit d'une pureté très grande et ne contienne pas d'agents étrangers.

Dans le Bulletin de la Société de chirurgie du 25 février 1902, J. Reboul se montre partisan convaincu de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle qu'il a employé dans près de 200 cas; en même temps il montre les inconvénients du "bromure d'éthyle" (vomissements violents, ictère, odeur alliée de l'haleine, excitation cérébrale).

Derocque ("Revue médicale de Normandie," 1902) a publié également les bons effets qu'il a observés du chlorure d'éthyle dans 45 cas où il y a eu recours: il insiste sur la nécessité de ne pas laisser pénétrer d'air; l'anesthésie s'obtient en 10 ou 15 secondes chez les malades qui font de grandes inspirations ou poussent des cris; quand les malades retiennent leur respiration, il suffit de soulever un instant la compresse.

Voici comment nous avons procédé à cette anesthésie: nous commençons par remplir de chlorure d'éthyle un petit flacon d'une capacité de 10 centimètres cubes fermant avec un bouchon de caoutchouc (les flacons de sérum de l'Institut Pasteur remplissent parfaitement le but). Cela fait, on verse d'un coup tout le contenu du flacon sur une compresse repliée en cornet, recouverte de taffetas gommé, le fond du cornet étant de plus garni d'un peu d'ouate hydrophile. On applique étroitement ce cornet sur la connaissance commence; elle se complète en quelques bouffées et le nez de la parturiente. Nous avons eu soin, au préalable, de la rassurer et de lui montrer avec le cornet non imbibé de chlorure d'éthyle com-

Au bout de quatre ou cinq inhalations la perte de ment il faut respirer.

Vingt-neuf Revue Médicale twenty-nine secondes. On observe alors du myosis et un peu de trismus qui ne tarde pas à cesser; le visage garde sa coloration normale, la respiration, le pouls restent calmes et réguliers.

Le masque ainsi chargé maintient une anesthésie complète pendant 3 à 4 minutes. Au bout de ce temps le chlorure d'éthyle est évaporé et il faudrait en remettre une nouvelle dose, si on voulait continuer l'anesthésie. Si au contraire on veut cesser, il suffit d'enlever le masque. Trente secondes après la femme est suffisamment réveillée pour faire des efforts au commandement qui est utile à la fin d'une

application de forceps ou au cours de l'extraction d'un fœtus se présentant par le siège.

Si, au cours de l'opération, on juge nécessaire d'obtenir une anesthésie plus durable, il suffit de substituer le chloroforme au chlorure d'éthyle en l'administrant comme on le fait habituellement; il n'y a pas de réveil entre les deux variétés d'anesthésie.

L'un de nous (Le Lorier) a analysé sur lui-même et a expérimenté sur la sage-femme en chef du service, Mme Chineau, les effets du chlorure d'éthyle; il a constaté que cet anesthésique ne cause pas la sensation d'étouffement que donnent le chloroforme et surtout l'éther; son odeur est presque agréable et la pituitaire le tolère fort bien. L'anesthésie arrive d'une façon presque foudroyante; au réveil qui est presque aussi rapide, on n'éprouve qu'un peu de vertige très passager qui se dissipe complètement en moins de 2 minutes.

Nos quelques observations nous permettent de préciser les avantages de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle :

1° Administration facile; la dose de chlorure d'éthyle employée étant toujours la même;

2° Anesthésie obtenue en 30 à 60 secondes au maximum, pouvant durer 4 minutes sans que la dose soit renouvelée;

3° Le réveil qui est très rapide (au bout de 30 secondes) se fait sans céphalalgie et ne s'accompagne qu'exceptionnellement de vomissements peu abondants.

De ces observations nous pouvons en outre conclure que, si le chloroforme et l'éther restent les anesthésiques ou les analgésiques de choix, pour les opérations obstétricales de longue durée, les inhalations de chlorure d'éthyle peuvent être employées avec avantage dans les conditions suivantes:

1° Au cours du travail lorsqu'il est urgent d'extraire le fœtus avec le forceps ou bien lorsqu'on pratique une version par manoeuvres internes ou lorsqu'on abaisse le pied antérieur dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. Dans cette dernière circonstance l'anesthésie par le chlorure d'éthyle peut trouver son indication lorsque l'accoucheur est obligé d'aller chercher le placenta dans la cavité utérine ou même exceptionnellement chez une femme particulièrement pusillanime, pour extraire les membranes lorsqu'elles restent en grande partie dans l'utérus et qu'on juge utile de les retirer.

3° Après la délivrance, pour pratiquer des sutures multiples du périnée on peut recourir à ce mode d'anesthésie.

Il est bien entendu que pour toutes ces petites interventions nous ne conseillons pas l'emploi systé-

matique de l'anesthésie: elle n'est utile ou nécessaire leur rendra l'intervention plus facile, ou lorsque la femme ne consent à l'intervention qu'à la condition de ne pas souffrir.

Pendant la grossesse l'anesthésie par le chlorure d'éthyle peut trouver son indication lorsqu'on a besoin de pratiquer un examen sous anesthésie pour se rendre compte par exemple de certaines viciations pelviennes de diagnostic difficile (bassin oblique ovalaire par exemple).

Malgré le petit nombre de nos observations nous avons cru utile de les publier dès maintenant; notre but n'est pas seulement de faire connaître les bons résultats de cette méthode mais il nous paraît plus urgent de demander à nos confrères dans le cas où ils auraient déjà employé le chlorure d'éthyle comme anesthésique général, s'ils ont observé des incidents ou des accidents, ou s'ils connaissent des contre-indications à ce mode d'anesthésie.

Convaincu que le "primo non nocere" est le devoir capital du médecin, nous continuerions plus volontiers ces essais d'anesthésie, si nos collègues venaient par des observations affirmer avec nous que l'anesthésie par le "chlorure d'éthyle" est efficace et, ce qui est plus important, qu'elle est "inoffensive."

(Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.)

De l'enucléation de l'oeuf humain dans l'opération césarienne

3. M. Veudeville décrit une modification importante que M. Fournier a apportée à l'opération césarienne classique. Cette modification porte surtout sur le second temps: quand l'incision utérine a été faite, on met à nu le chorion et on introduit l'index de la main gauche, en déprimant les membranes pour guider les ciseaux qui vont agrandir l'incision. Ce travail est fait prudemment, sans force, la paroi utérine étant très molle. Quand l'incision est suffisamment grande, la coque de l'oeuf fait alors hernie; l'opérateur glisse alors sa main à plat entre l'oeuf et la paroi pour les décoller l'un de l'autre. Commencant par le côté droit, on continue par le côté gauche en respectant le placenta; on arrive très facilement à passer la main au-dessous de l'oeuf, de manière à le décoller d'avec la paroi postérieure et le segment inférieur. Quand toute la surface ovulaire est libre, le placenta vient à son tour presque de lui-même, sous une légère pression de doigts; l'oeuf alors s'enuclée hors de la cavité utérine comme un noyau de cerise pressé entre les doigts. Il est alors déposé sur une table; on rompt les membranes en les pinçant et

en leur faisant un pli avec deux doigts; on déchire ce pli entre les deux mains—on casse—l'oeuf—et l'enfant sort de ses membranes.

Le manuel opératoire est simple, rapide. L'avantage principal de cette méthode est d'éviter sûrement la souillure du péritoine, puisqu'il n'y a pas issue du liquide amniotique.

Thérapeutique et Matière médicale

Valeur thérapeutique du calomel dans la grippe

Bergmann conseille l'usage du calomel dans la grippe.

Dans les formes catarrhales et nerveuses il fait prendre toutes les deux heures une dose de 12 centigrammes jusqu'à effet purgatif intense. Le maximum des doses ainsi administrées par l'auteur a été de six.

Dans la forme gastro-intestinale il donne une première dose de 36 centigrammes, et s'il n'y a pas de selle au bout de six heures il en fait prendre une seconde de la même quantité.

Le calomel est pour Bergmann le remède par excellence de la grippe. Il abaisse rapidement la température. De 40° il la ramène à la normale dès la première selle. En même temps il fait disparaître ou tout au moins diminue notablement la céphalalgie, les douleurs musculaires, la courbature. Enfin il semble mettre le malade à l'abri des complications et des affections post-grippales qui viennent si souvent aggraver le pronostic de l'influenza.

(Gaz. méd. belge)

Un correctif pour les injections hydrargyrique et iodique.

par M. Brutonneau

L'emploi de certains médicaments qui rendent en thérapeutique les plus grands services est souvent entravé par des accidents, qui obligent le médecin à cesser de les prescrire, de là pour le malade une double déception; il voit d'abord la guérison retardée par la suspension temporaire du traitement, et doit ensuite subir les douleurs et les embarras d'un mal nouveau, artificiel et secondaire il est vrai, mais dont il est nécessairement l'immédiate victime. Pour le médecin autre ennui, il se sent accusé d'imprudence, d'imprévoyance, quand rien ne pouvait lui faire prévoir, ni craindre l'arrivée de tels accidents.

Aucun critérium n'existe en effet pour servir de

guide sur ce point, âge, tempérament, milieu, sont étrangers à ces manifestations. Elles sont uniquement le résultat d'idiosyncrasies imprévues.

Parmi les plus redoutées de ces manifestations, il en est deux qui sont particulièrement fréquentes, l'Iodisme et l'Hydrargyrisme.

"L'iodisme," conséquence de l'emploi de l'iode ou des préparations iodurées, se produit à la suite de l'absorption des médicaments iodés, ou même par l'application externe de teinture d'iode. La qualité du médicament est étrangère à ce fait, l'importance des doses ne fait en rien préjuger de l'intensité et de la forme des accidents.

"L'Hydrargyrisme" se rencontre au cours du traitement spécifique chez les malades qui absorbent pilules et sirops à base de mercure.

L'hydrargyrisme se produit aussi quand, dans un but d'antiseptie, on fait un usage prolongé de solutions à base de sublimé (Liqueur de Van Swieten par exemple, pour le traitement des femmes en couches, des plaies).

Il survient chez le malade, même ayant la bouche saine, de la stomatite, de l'inflammation des gencives; les dents tendent à se déchausser, l'haleine devient métallique, il y a une salivation abondante. Ensuite, quelques affections cutanées apparaissent: dermatites, rougeurs.

Nous avons recherché le moyen de supprimer ces accidents.

L'observation de l'absence de stomatite, de dermatites dans l'emploi de la solution de benzoate de mercure faite avec le benzoate d'ammonium, m'a fait penser que cet avantage était dû à l'action éliminatrice des benzoates alcalins.

Les benzoates sont d'autre part des antiseptiques de l'intestin et on sait qu'aseptiser l'intestin est une des manières de prévenir l'iodisme.

Les benzoates alcalins antiseptiques, semblent donc être les correctifs de choix indiqués des iodures et des mercuriaux.

Le benzoate d'ammoniaque semble être celui qui possède les propriétés si avantageuses au plus haut degré. C'est donc à lui qu'il m'a semblé préférable de s'adresser.

Sa solution n'est pas facile à obtenir quand on la chauffe, le sel se dissocie.

Le mieux est de faire prendre ce sel en cachets ou en comprimés de 0 gr. 25, dont on prend de 4 à 8 par jour jusqu'à cessation des accidents, en même temps que le sirop et les pilules.

(Ann. thérap.)

INTERETS PROFESSIONNELS

Assemblée des médecins d' Hochelaga Est

Le 10 courant, les médecins d'Hochelaga Est ont été convoqués en assemblée spéciale à la salle Barry, village St Jean Baptiste, par M. le Dr G. E. Baril, représentant de ce district dans le collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Étaient présents, Messieurs les Docteurs S. Aubuchon, J. E. Brouillet, J. P. Chartrand, A. Dorval, Alex. Germain, J. H. Garceau, A. Lacroix, E. E. Lauzon, N. Massé, V. Mignault, G. T. Moreau, Emile Pelletier, Hector Pelletier, (Sault Recolet), J. A. Rouleau, F. Théoret, P. P. Boulanger, etc.

Sur proposition de M. le Dr Chartrand, secondé par M. le Dr Aubuchon, M. le Dr Alex. Germain a été chargé de présider l'assemblée. Il a été proposé par M. le Dr G. E. Baril secondé par M. le Dr Lacroix, que M. le Dr P. P. Boulanger agisse comme secrétaire.

M. le Président explique le but de cette assemblée, qui, selon la lettre de convocation, était de prendre en considération certaines questions d'intérêts professionnels et il prie M. le Dr G. E. Baril de prendre la parole.

M. le Dr Baril qui a toujours su défendre les intérêts de la profession avec autant de tact que de talent, expose en des termes clairs et précis les raisons qui l'ont engagé à convoquer cette assemblée.

Il dit que le Bureau Provincial aura à prendre en considération la refonte des lois qui régissent la pratique de la Médecine dans cette province et croit cette circonstance favorable de réunir les membres de la profession de son district, afin de connaître leurs opinions, sur cette importante question, de même que sur les différents projets de réforme qui ont été mis devant le bureau depuis quelques années. Cette circonstance lui fournit en même temps l'occasion d'exprimer sa gratitude aux membres de la profession de l'honneur qu'ils lui ont fait en le réalisant Gouverneur du C des M. et C. honneur que le docteur apprécie d'autant plus qu'il a été jugé digne d'être offert à d'autres personnalités professionnelles qu'il a toujours eues en très haute estime.

Avec le nouveau mode d'élection, dit-il, la profession pourra prendre une part plus directe à la direction des affaires du Bureau. Quant à lui, il croit que c'est un devoir de consulter ses confrères relativement aux matières qui sont du ressort de ses fonctions et d'agir en conséquence.

De toutes les questions qui intéressent plus particulièrement les membres de la profession médicale de cette province, la plus importante semble être la refonte des Statuts.

Voici les principales raisons qui ont engagé le Bureau à songer à la refonte de nos lois :

I — Les nombreux échecs qu'il a éprouvés dans ses

poursuites contre les charlatans. L'orateur prétend que la loi n'est pas suffisamment claire à ce sujet et il lui semble que l'on devrait procéder par *exclusion* en énumérant dans la loi les catégories de personnes qui ont le droit d'exercer la pratique de la Médecine de la Chirurgie et de l'art obstétrical, de même que celles qui ont le droit à la dispensation des remèdes.

II — L'équivoque relativement à l'interprétation de la loi Pinault, amendée par la loi Roy. Le Dr Baril n'est pas sans avoir trouvé lui-même singulier que le Comité des Créances ait cru devoir mettre une condition à l'exécution d'une loi émanant de la législature provinciale. Néanmoins, il a voté en faveur de l'adoption du rapport, vu la haute autorité des opinions légales que l'on apportait à l'appui.

Dans tous les cas, dit-il, il est absolument nécessaire que la clause relative aux certificats d'études préliminaires, soit amendée de manière à ce qu'il soit exigé des aspirants à la licence provinciale, porteurs de diplôme étrangers, les mêmes formalités qu'on exige des aspirants de cette province. Ils devaient évident qu'un trop grand nombre de ces aspirants réussissent à éluder nos règlements.

III — L'opportunité qu'il y a d'augmenter les pouvoirs du Bureau pour ce qui regarde certaines questions de régie interne tel que nomination des officiers, fixation des salaires etc., etc.

IV — La détermination des pouvoirs de certains comités, notamment celui de discipline.

V — La détermination des droits des pharmaciens et des dentistes par rapport à la pratique de la médecine.

VI — La proscription de la vente des remèdes secrets et la réglementation de la vente des remèdes brevetés.

Les rapports des délibérations du Bureau, ont fait connaître à la profession, que cette question est maintenant entre les mains du Comité de Législation, et certaines entrevues que le docteur a eu avec des personnalités politiques lui permettent d'espérer qu'il y aura moyen d'en arriver à quelque résultat pratique sur cette question.

Le docteur ajoute qu'il a eu le plaisir de constater que depuis l'introduction de cette mesure devant le Bureau de cette Province, nos voisins d'Ontario ont mis un projet de loi similaire devant leur législature, et que, la dernière assemblée des journalistes médicaux des États Unis, il a été décidé que dorénavant les journaux faisant partie de l'association, n'accepteraient plus les annonces de remèdes dont la formule n'est pas donnée.

En terminant, le Dr Baril fait remarquer que s'il en juge par la teneur du Bill Roddick, tel qu'il a été sanctionné par le Parlement Fédéral, la question de réciprocité interprovinciale des licences devra revenir devant le Bureau des médecins. Il dit avoir déjà exprimé devant le Bureau que ce Bill conférerait des pouvoirs beaucoup trop étendus au *Conseil Médical du Canada*, surtout p

ce qui a trait aux conditions auxquelles la licence fédérale sera octroyée. Beaucoup plus, dit-il, devrait être inclus dans le Bill relativement à l'énoncé de ses conditions et beaucoup moins devrait être laissé à la discrétion de ce Conseil.

Le docteur ajoute que ces remarques, peuvent paraître un peu tardives et qu'elles auraient dues être faites devant le Comité de Législation à Ottawa; mais il produit deux lettres qui établissent les raisons pourquoi le Bureau Médicale de cette Province, n'a pas été représenté devant ce comité.

M. le Président, remercie M. le Dr. Baril des explications données et est heureux de constater que le docteur s'est fait un devoir de consulter les membres de notre profession et de connaître leurs opinions.

M. LE DR ROULEAU désire connaître l'attitude que devra prendre le Bureau au sujet des charlatans.

M. LE DR BAIL ne peut pas pas traiter cette question au nom du Bureau, mais, s'il avait quelque chose à faire avec la rédaction de la loi médicale, il procédera par exclusion en désignant les classes de personnes qui auront mission de pratiquer la médecine.

M. LE DR PELTIER (Hector) est d'avis que le charlatanisme se pratique plus largement au moyen des remèdes brevetés que par la consultation personnelle.

Il exprime aussi l'opinion que l'on en arrivera à un résultat pratique avec la loi projetée, et que le Dr Baril aura mérité de la profession et du public en général s'il réussit à mener à bonne fin son projet de législation.

M. LE DR CHARTRAND demande que le projet de refonte de la loi, une fois élaboré, soit envoyé à tous les membres de la profession afin qu'ils puissent la discuter dans des assemblées analogues à celle-ci.

M. LE DR BROUILLET demande s'il n'est pas dérogatoire à l'honneur professionnel pour un médecin de visiter les manufactures et autres institutions de ce genre dans le but de solliciter des abonnements et d'accepter des sociétés mutuels, le contrôle des soins médicaux à donner aux affiliés de ces sociétés moyennant un taux fixe qui est généralement bien minime.

M. LE DR BARIL répond que cette question regarderait particulièrement le comité de discipline et de déontologie médicale. Ce comité, existe dans le Bureau, mais ses pouvoirs ne sont pas bien définis et c'était là une des raisons qu'il a apporté à l'appui de l'opportunité de la refonte des lois médicales.

M. LE DR CHARTRAND prétend que dans les sociétés, on devrait toujours demander les prix ordinaires, pour services professionnels.

M. LE DR BARIL dit que l'on ne peut pas refuser aux sociétés le droit de se choisir un médecin pour la sauvegarde de certains intérêts; mais pour ce qui est de la coutume d'affermier les soins aux malades il est d'avis qu'elle devra tomber d'elle-même.

M. LE DR MIGNAULT dit que c'est une disgrâce

pour la profession de voir les médecins s'occuper des sociétés et d'enlever par ces moyens la clientèle à de vieux praticiens, puis, il demande au Dr Baril ce que le Bureau a l'intention de faire pour ce qui regarde les étudiants irréguliers c'est à dire ceux qui ont commencé à étudier la médecine sans avoir de brevet.

M. LE DR CHARTRAND, prétend que les diplômes universitaires sont des certificats de capacité et non pas une autorisation à la pratique d'une profession. Il y a dans chaque pays des lois pour régir la pratique des professions.

M. LE DR MIGNAULT est d'opinion que l'on ne devrait pas traiter nos étudiants de notre Province sur un pied d'infériorité à ceux qui nous arrivent avec des diplômes étrangers.

M. LE DR BARIL dit que nous aurons des difficultés de ce genre tant que les universités admettront à suivre leurs cours des étudiants non porteurs de brevets. Malheureusement la question est bien difficile à résoudre, attendu que les universités tiennent leur incorporation du Parlement anglais. Tout de même il peut affirmer que depuis la première séance à laquelle il a assisté il y a trois ans, jusqu'à aujourd'hui, l'opinion des membres du Bureau semble s'être modifiée considérablement dans le sens de l'opportunité de faire quelque chose afin de remédier à ces inconvénients et il ne serait pas surpris de voir le Bureau s'occuper de cette question assez prochainement. En attendant on a dû constater que le Comité des créances a dû passer une résolution à l'effet de ne plus accorder à qui que ce soit, les bénéfices de l'amandement Roy.

M. le DR BROUILLET désire savoir qui compose le Comité des créances.

M. le DR BARIL répond qu'il est composé des représentants des universités et des officiers supérieurs du Collège.

Plusieurs des médecins présents expriment le désir que le Comité de créance ne devrait pas être composé presque exclusivement des professeurs des universités tel qu'il est actuellement, mais devrait aussi renfermer un plus fort contingent, des représentants de la profession en général.

M. le DR BARIL désire connaître l'opinion de l'assemblée afin de savoir s'il ne serait pas à propos de réintégré dans la loi le droit aux médecins de Montréal et de Québec de tenir des pharmacies. A l'appui de cet avançé, il dit que puisque la loi permet à une veuve de pharmacien de tenir une pharmacie, avec un pharmacien licencié, pourquoi le médecin n'aurait-il pas le privilège d'avoir une pharmacie dans ces conditions.

L'assemblée s'est prononcé en faveur de cette mesure.

M. le DR BROUILLET demande au Dr Baril si les finances du Collège de M et C permettront bientôt au Bureau de diminuer la contribution annuelle.

M. le Dr Baril ne croit pas que la chose puisse se

faire d'ici à quelques temps, vu les nombreux procédés dont le collège a eu à supporter les frais. Néanmoins il peut se porter garant que la régie interne du Bureau est irréprochable.

M. le Dr GERMAIN est d'opinion que vu l'extrême difficulté qu'à toujours le C de M et C à faire reconnaître ses lois par la Législature, qu'on devrait s'efforcer cette fois-ci d'obtenir pour le Bureau des pouvoirs aussi étendus que les organisations similaires des autres professions, des pouvoirs qui lui permettent de gérer ses propres affaires sans toujours avoir recours à la Législature.

Après un vote de remerciement à M. le Président, la séance est levée.

Dr P. P. BOULANGER
Secrétaire.

Coq-a-l'ane médicaux

Le diagnostic de l'obstruction biliaire.

Mayo Robson dit que la jaunisse accompagnée de distension de la vésicule biliaire pointe vers une maladie maligne, tandis qu'une jaunisse sans distension de la vésicule indique des calculs. La loi de Courvoisier formule que lorsque le canal cholédoque est obstrué par un calcul, la dilatation de la vésicule est rare; lorsqu'il est obstrué par d'autres causes, la distension est fréquente.

Le tannate d'orexine.

C'est une poudre jaunâtre, sans odeur et sans goût, insoluble dans l'eau, introduite il y a environ dix ans par le professeur Penzoldt. C'est un stimulant des fonctions gastriques, augmentant surtout la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Par son usage, l'appétit est accru ainsi que le poids du corps. Les vomissements sont calmés, d'où son efficacité dans ceux de la grossesse et de ceux qui suivent l'anesthésie. La dose est de 3 à 1/2 grains.

(Merck's Arch.)

Gare le ruban rouge !

A Londres, malgré le grand nombre de cas de variole, il existait une grande apathie au sujet de la vaccination. Soudainement, un quelqu'un introduisit la mode de porter sur le bras vacciné, pour l'empêcher d'être coudoyé, un ruban rouge. Aussitôt la coutume s'établit, et l'on ne voit maintenant partout, dans tous les quartiers de la ville, que des rubans rouges aux bras.

Ne pourrait-on pas suggérer ce moyen à Montréal, mais avec une modification: les conservateurs auraient leur ruban bleu et les libéraux, leur ruban rouge. Il se créerait ainsi une noble émulation pour la conservation des beaux visages. Les personnes neutres seraient pourvues d'un ruban. . . . jaune!

Précaution dans l'emploi du peroxyde d'hydrogène.

Il vaut mieux toujours rendre le peroxyde alcalin par l'addition, goutte à goutte, d'une solution de borate de soude, jusqu'à ce que le papier litmus bleuisse. Il ne faut pas employer une solution de plus de 8 à 10 volumes. Il y a danger de la formation d'embolies gazeuses mortelles, par l'emploi du peroxyde, dues aux bouillons d'oxygène. Lorsqu'il y a du pus ou du sang ou que les tissus sont, enflammés, il y a moins de danger.

Le traitement de la fièvre typhoïde par l'arsénite de cuivre.

Le docteur Salomon, de la Nouvelle-Orléans, dit avoir obtenu les meilleurs résultats avec ce médicament, suivant en cela les indications du Dr. J. Aulde, de Philadelphie, (1888.) L'usage de ce remède ferait tomber rapidement la fièvre et mettrait le malade à l'abri de complications. Comme on ne peut se fier aux tablettes comprimées, il vaut mieux donner le sel chimiquement pur, en suspension dans de l'eau distillée, triturant bien avant de mélanger. Le mélange doit être agité avant de servir la dose voulue.

(New Orleans Med. and Surg. J.)

Les amblyopies d'origine hépatique.

Chez les malades atteints d'affections hépatiques, on rencontre souvent des troubles visuels, d'abord fonctionnels, puis organiques. Les héméralopies sont très fréquentes. Dans les amblyopies on rencontre des scotomes, des parésies musculaires, des amblyopies progressives aboutissant à l'amaurose, par atrophie des nerfs optiques et des cellules visuelles. La pathogénie en est que le défaut d'élaboration par le foie, des toxines organiques, les fait entrer dans la circulation générale où elles intoxiquent, jusqu'à saturation, les cellules nerveuses et visuelles.

(M. Jacqueau, Lyon, Cong. d'Ophtal.)

L'émulsion de pétrole dans la diarrhée chronique.

Au dire de Fisher, ("Lancet"), cet agent serait d'une grande valeur. On le donne en émulsion. La dose du pétrole est de 10 à 40 gouttes.

NIRE.

Supplément Littéraire

Le cancer en Hollande

Une enquête intéressante a été faite sur la fréquence du cancer dans les Pays-Bas. C'est un véritable recensement de tous les cancéreux qu'on aurait voulu dresser. Il devait porter sur tous les malades en traitement à la date du 15 octobre 1900. Malheureusement tous les praticiens n'ont pas répondu avec le même ensemble aux questions qui leur étaient posées, et les résultats n'ont pas, par suite, une valeur absolue.

Tels qu'ils sont, ils donnent une proportion de 0.0286 pour 100 sur le total de la population. La proportion des hommes aux femmes est comme 1 est à 1.205.

Au point de vue de l'âge, le plus grand nombre des cas s'observe entre 61 et 70 ans; puis vient la période de 50 à 60, et enfin celle de 71 à 80.

Le siège du cancer est l'intestin dans 49.88 pour 100 des cas, presque exactement la moitié.

La proportion des cancers du sein est de 20.2 pour 100, dont 1 cas chez l'homme; celle du cancer des organes génitaux de la femme de 12.7. Pour la joue, la proportion est de 7.15, pour la lèvre inférieure, de 3.87; pour les autres régions du corps, de 5.58.

Sur 438 cas du cancer de l'intestin, 275 s'observent chez l'homme et 163 chez la femme.

Sur 372 malades du sexe masculin, 74 fois sur 100, le cancer occupait les voies digestives, tandis que dans le sexe féminin, la proportion était seulement de 32.2 pour 100.

Au point de vue de l'étiologie héréditaire ou familiale, voici quelques chiffres à noter. Dans 18 pour 100 des cas, le cancer se rencontrait chez plusieurs membres de la même famille. Le professeur van Itersson cite le cas suivant: sur 14 membres de deux familles, 8 étaient certainement et 3 étaient probablement atteints de cancer.

Le professeur Korteweg a vu le cancer du rectum chez deux soeurs, et le cancer du sein chez la grand'mère, la mère et la fille.

Le professeur Viet a vu deux soeurs atteintes du cancer du col.

Au total, une disposition héréditaire a été constatée dans 19.7 pour 100 des cas.

La coexistence du cancer chez le mari et la femme a été notée 11 fois, et la proportion des cas où l'on peut admettre l'infection d'une personne à une autre a été de 10.92 pour 100.

Au point de vue de l'habitation, le Dr. Wostra a

traité de janvier 1896 à février 1902, sur une proportion de 3.030 habitants occupant 500 maisons, 28 cas de cancer, dont 26 habitaient la partie ouest de la ville, où les conditions de drainage du sol sont mauvaises, et 2 la partie est où ces conditions sont satisfaisantes.

(Gaz. méd. belge)

MICHELET MÉDECIN

Quelques uns d'entre nous ignorent peut être que le grand Michelet fit de sérieuses études médicales. Il n'est pas sans intérêt de reproduire cette belle page dans laquelle l'écrivain fait connaître ses impressions juvéniles.

1821. C'était au temps où je commençais mes études anatomiques; j'avais déjà vaincu la répugnance qu'inspire la mort à tous les être vivants. Mais la même sensibilité qui m'avais fait embrasser l'état où l'on sert le plus directement les hommes me rendais plus pénible qu'à bien d'autres les études indispensables pour apprendre à l'exercer. Je ne pouvais, surtout, sans horreur, enfoncer le fer dans un corps tout organisé, tout semblable au mien; il me semblait toujours commettre un meurtre.

Un jour des plus noirs de décembre, je me rendis, le bon jour à l'amphithéâtre; il n'y avait personne encore; il fallut attendre. (*Il faisait à peine jour et l'on ne pouvait lire* (effacé)). Je m'approchai machinalement du corps que nous allions dépecer. C'était, autant que je pus distinguer, une femme d'environ vingt-cinq ans. A travers la mort, je crus voir les restes d'une éclatante beauté. Ses longs cheveux blonds tombaient de la table à terre et balayaient des dalles (*sic*) de l'amphithéâtre. *Tout le corps était* (effacé). Ces membres si délicats sur ce marbre glacé, cela me blessa; je m'assis en face du cadavre et je me livrai tristement à mes réflexions: "Pauvres malheureuse, me disais-je en moi-même, est-il possible qu'aucune amie n'ait protégé tes restes? Toute nue, abandonnée sur le marbre d'un amphithéâtre. Livrée aux regards d'une foule de jeunes gens, dont les yeux vont violer tout ce que la pudeur cachait. Encore une demi-heure et ce chef-d'œuvre de la nature n'offrira plus entre leurs mains que d'horribles lambeaux! Hier, sans doute, les hommes t'adoraient; ils te promettaient l'amour pour obtenir de toi le plaisir... Oh! combien cette figure douce promettait de bonheur à celui qui t'aurait aimé; mais je le vois à ces mains délicates que le travail a endurcies, personne ne l'a protégé; tu as vécu, tu es morte dans la misère, seule, Ah! si je t'avais vue un peu plutôt... Au moins tu seras plainte une fois!..."

Cette page pleine de sentiment, ne fait-elle pas pressentir le génie qui écrivit plus tard *l'Insecte et l'Oiseau*.

LA PRINCESSE DE LAMBALLE ET LE
CHARLATAN PITTARA.

Extrait de : "Madame de Lamballe, d'après des documents inédits," par Georges Bertin. Paris 1888, gr. in-8°, p. 25 et 26. "La Princesse de Lamballe, jeune femme vive, aimable, mariée l'hiver dernier à un époux fort jeune aussi, n'a pu supporter tranquillement les infidélités réitérées de son mari, quelque funestes qu'elles aient été à son amour même pour ce moderne Thésée, elle n'a pu voir sans un accès de jalousie marquée son éloignement et ses écarts. elle a conçu de l'envie contre les objets les plus méprisables que le prince honorait de ses regards ; elle en a contracté une méancolie profonde et des vapeurs convulsives. Les médecins n'ayant pu calmer ce mal plus moral que physique, elle s'est mise entre les mains d'un nommé Pittara charlatan en vogue par des emplâtres qu'il applique sur le nombril. Plusieurs femmes de la cour en ont essayé, et Mme la duchesse de Mazarin en ayant parlé à la princesse, celle-ci vient depuis peu de le faire appeler auprès d'elle. (*Bachau-mont*, 5 novembre 1767).

UN SQUELETTE DE QUATRE MÈTRES.

—Plusieurs journaux nous disent qu'on a découvert dans une caverne, aux environs de Mesa-Reco (Nouveau-Mexique), le squelette d'un homme mesurant 4 mètres de longueur. L'avant bras n'avait pas moins de 1m10 ; la circonférence de la cage thoracique mesurait 2m10.

On assure qu'il y a encore enfouis plus d'un millier de squeletter de géants dont la légende a transmis le souvenir aux Indiens.

(*Monde Thermal*).

LE PAPIER NATUREL

L'industrie n'a cessé de scruter anxieusement autour d'elle ce qui pourrait bien être transformé en papier. Un novateur a même préconisé pour cette destination le crottin de cheval. Cet audacieux, nommé lobard, n'était pas un homme vulgaire ; il est mort directeur du conservatoire des Arts et Métiers de Bruxelles. Il estimait que la paille et le foin avaient déjà subi une première trituration sous la dent et dans l'estomac des chevaux. "Le crottin, disait-il, est en grande abondance ; on peut obtenir de chaque cheval un kilo de papier par jour ; une seule caserne de cavalerie suffirait à la consommation du ministère de la guerre. Il est étonnant que l'on n'ait pas songé plutôt à cette matière première ; en effet, ce sont les choses qui vous crèvent

les yeux que l'on aperçoit le plus difficilement." Je ne pense pas que personne ait exploité l'idée de M. Iobard, mais en 1864 une usine, située aux portes de Paris et disposant de deux machines, fabriquait du carton et du papier avec le fumier des écuriers impériales. Il est vrai que la litière des chevaux de Napoléon III était changée assez souvent pour que le papier qui la travaillait en pût tirer des marchandises estimables ; je me suis laissé dire que certains "bulles" en paille demi-blanchie, qui sortaient de ces ateliers, étaient appréciées pour envelopper la pâtisserie. La lessive et le chlore purifient tout.

Le fumier de cheval n'est pas le seul qui ait tenté les esprits originaux ; une gazette étrangère mentionnait récemment un projet de papier dont l'élément principal serait le fumier d'éléphant, lequel se compose uniquement, quand il a été lavé par la pluie, de courtes fibres mal digérées d'un bambou croissant dans le terreau des forêts vierges. L'éléphant serait ainsi producteur, lessiveur et broyeur de pâte. Il constituerait un appareil automatique, se vidant et se remplissant tout seul, mobile et susceptible de s'installer partout, solide, car l'animal vit très vieux, pas cher, parce qu'il se vend presque pour rien avant d'avoir été dressé.

Depuis un demi-siècle, sur la surface du globe, la production du papier a décuplé. Elle était de 221 millions de kilos en 1850 ; elle est de 2 milliards 260 millions de kilos en 1895, soit 6 millions 200.000 kilos par jour !

(*Le Mécanisme de la Vie moderne*).

NOUVEAUX MEDECINS 47 CANDIDATS REÇOIVENT LE
TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Aux derniers examens tenus à l'Université Laval de Montréal les messieurs dont les noms suivent ont reçu le titre de Docteur en médecine :

Aubin, Alex. ; Aubry, Hector ; Bigué, Geo. ; Bourgeois, Benj. ; Beauséjour, Armand ; Charland, Le Ciriacque ; Côté, Georges ; Côté, Solomon ; Collette, J. E. A. ; Cartier, Côme ; Christin, Arsène ; Collerette, Wilfrid ; Derome, Wilfrid ; Demers, Olivier ; Dubois, Léon ; Dauth, Alfred ; Dufentrelle, Henri ; Ethier, Hormidas ; Fortin, Alcide ; Frigon, Rosario ; Gagnon, Eugène ; Gagnon, Léon ; Giroux, Le Stephen ; Gauthier, Antonio ; Hamelin, Romual ; Lanoue, Alphonse ; LeBel, Luc ; Langlois, Phydime ; Lafleur Jules ; LeBel, Flavius ; Leduc, J. A. ; Massicotte, J. P. H. ; Masson, Raoul ; Maurault, Benj. ; Massé, J. Bte ; Martel, Hubert ; O'Brien, Cyriac ; Pilon, Arthur ; Pellerin, Jean-Marie ; Page, Rosario ; Rochon, Paul Emile ; Sénéscac, Archibald ; Schiller, Joseph ; Turcotte, Azario ; Tassé, Raoul ; Verner, Ludovic ; Verdon, Edouard.

Travaux Originaux

FAUT-IL FORMER LES JEUNES GENS QUI SE DESTINENT AUX PROFESSIONS LIBÉRALES PAR L'ÉTUDE DES HUMANITÉS OU PAR L'ÉTUDE DES SCIENCES

par M. le Dr L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu (Montréal).

(Suite)

De ce qui précède nous concluons que les études classiques, telles qu'organisées actuellement sont les études qui donnent la meilleure formation morale et intellectuelle. Mais cette formation si complète est-elle nécessaire, les élèves qui l'ont réussissent-ils mieux dans l'étude des carrières qu'ils embrassent.

Nous soutenons l'affirmative et nous prouvons notre avancé par l'expérience.

En 1899, le Gouvernement français, frappé de l'insuccès continu des élèves qui fréquentent les lycées de l'enseignement scientifique, institua une commission de trente-trois membres, chargé de faire une enquête sur les causes de cet état de choses. Des témoins appartenant à l'Université, à la presse, au clergé, aux congrégations, au monde politique furent entendus. Au point de vue qui nous occupe, ce que cette enquête contient de plus frappant, c'est la défense des études classiques, non seulement par des lettrés, mais surtout par des hommes de sciences et par des hommes pratiques, commerçants, industriels, agriculteurs.

Des hommes de science d'abord et pas les premiers venus, ceux dont le nom et l'autorité s'imposent à tous, sont venus affirmer qu'une longue expérience leur avait permis de constater que dans les études scientifiques, les jeunes gens qui avaient reçu un solide enseignement classique gréco-latin se montraient toujours bien supérieurs à ceux de leurs rivaux qui en avaient été privés. Nous citerons :

Mr. Levasseur, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, dit :

A St. Louis, qui était surtout un lycée scientifique, particulièrement renommé pour la préparation aux grandes écoles, j'avais établi le système, dit de bifurcation, c'est-à-dire que j'avais divisé les élèves

en deux catégories: dans l'une les élèves suivaient le cours de sciences, tandis que dans l'autre l'on faisait un cours classique ordinaire.

Le Ministre de l'Instruction Publique, — c'était Mr. Roulaud, — ayant alors demandé l'avis des professeurs sur les résultats de la bifurcation, tous les professeurs de sciences, et nous en avons d'excellents, ont été unanimes à dire: "Nos meilleurs élèves ne sont pas ceux de la section des sciences, mais ceux qui ayant fait leurs lettres, jusqu'à la logique inclusivement, sont entrés ensuite en sciences élémentaires. Ils sont d'abord dans les rangs inférieurs parce que leurs camarades ont sur eux, l'avance de trois années d'acquis scientifique; mais, peu à peu, ils montent et ils arrivent à être les plus forts en sciences spéciales; ils y prennent d'ordinaire les premières places." "C'était continue Mr. Levasseur, un hommage rendu à la vertu des études classiques pour le développement général de l'intelligence."

M. Joubert, inspecteur général de l'instruction publique: "L'enseignement classique ayant pour base le latin et le grec, est certainement indispensable et il est à souhaiter qu'il soit aussi fort que possible. Nous tous qui avons été longtemps professeur de sciences, nous sommes d'accord pour reconnaître que les meilleurs élèves qui nous ont passé par les mains, avaient été de brillants élèves de lettres."

M. Weil, directeur du Collège Chaptal: "Nous reconnaissons que la valeur éducatrice du latin et du grec est bien supérieure à celle de l'enseignement moderne, et je veux citer un exemple: chaque fois que j'ai eu en mathématiques spéciales des élèves bacheliers es-lettres, ils ne savaient rien en mathématiques au début, mais au bout de quelques mois, ils apprenaient plus vite que les autres."

Mr Mercadier, directeur des études à l'Ecole Polytechnique: "Ceux qui sont doués moyennement pour les sciences, les apprennent rapidement lorsqu'ils ont pris leur culture classique. Si j'avais un fils, je lui ferais faire des études classiques complètes."

Le professeur Brouardel, l'éminent doyen de la faculté de médecine de Paris, est une autorité dont on ne saurait certes contester le poids en pareille matière: "Lorsque je suis devenu doyen de la faculté de

médecine, dit-il, j'ai poussé beaucoup à ce que les licenciés es-sciences fussent dispensés du baccalauréat es-lettres et fussent admis à faire leurs études médicales. Il nous est venu près de deux cents licenciés es-sciences depuis une dizaine d'années. Eh bien, j'ai pu constater que leurs notes d'examens sont très inférieures à celles de la moyenne des élèves (ceux de l'enseignement classique.) Ce sont cependant des gens distingués, ayant beaucoup travaillé. De plus, ils n'arrivent pas à l'internat. Pour nous, c'est un critérium important, car beaucoup s'y présentent et peu sont nommés. Je crois bien que les licenciés es-sciences n'ont pas les méthodes nécessaires pour aborder les études médicales. Au contraire, ceux que nous avons dispensés du baccalauréat es-sciences, et qui sont licenciés es-lettres, font des élèves exceptionnellement distingués. Il y a là un résultat très différent de celui qu'on attendrait au premier abord, mais qui est nettement accusé. Il semble donc qu'au point de vue médical, le côté observation et le côté maturité ait été plus développés chez ceux-ci que chez les licenciés es-sciences. Sous ce rapport, la différence est notable. D'ailleurs, la méthode de travail qu'on suit en médecine est toute différente de la méthode dite scientifique: c'est une méthode d'observation; pas un malade ne se ressemble; il faut accumuler notions sur notions, et, à un moment donné, faire la synthèse de tout ce qu'on a observé en détail et sans ordre."

"Les études classiques en elles-mêmes nous paraissent être une excellente discipline pour l'esprit, dit M. Chs. Richet, professeur à la faculté de Médecine de Paris. Les mathématiques sont beaucoup plus loin de la médecine que la littérature. Nous en faisons l'épreuve chaque jour aux examens et les licenciés es-lettres sont de plus brillants élèves que les licenciés es-sciences. Il n'en sera peut-être pas toujours ainsi et un jour viendra où la médecine sera une science exacte mais ce jour n'est pas encore venu et l'esprit d'observation, de finesse, de bon sens, de jugement droit sont dans l'art médical des qualités de premier ordre."

Les humanités, dit Nisard, sont l'école universelle des esprits, hors de laquelle il ne se voit que des essais de culture hâtive, des expériences hasardeuses, des procédés mous

et bénins, commodes à la paresse, et qui s'abaissant aux infirmes, humilient et démontent les forts. L'étude des humanités convient à tous les temps; c'est une méthode admirablement propre à former de bons esprits et à promouvoir ceux de qualité supérieure, non pas qu'il s'agisse de créer une aristocratie de lettrés et d'idéalistes, mais simplement de ne pas laisser une société policée s'amoindrir et déchoir par la pénurie des talents. Médiocrité et abaissement des études signifient médiocrité et abaissement de la chose civile. Les élèves des collèges classiques ne sont pas tous des poètes de haut vol, des orateurs, des écrivains, des philosophes, chefs d'école. Un état, comme le faisait remarquer Richelieu, ne supporterait pas cette multitude de génies; il n'aurait pas de quoi les faire subsister. Mais tous sont des hommes intelligents, aptes aux choses de leurs professions, d'un commerce commode et possédant cette science des moeurs qu'on acquiert à fréquenter les anciens Grecs et Romains, science effective et pas simplement idéale, qui nous met en état de connaître nos contemporains et de nous gouverner nous-mêmes parmi cette diversité d'intérêts, d'humeurs et de caractères. Ce n'est pas surfaire les humanistes que de parler d'eux avec ce sentiment de leur grandeur traditionnelle et de leur importance sociale.

Appliquer obstinément aux mathématiques des esprits qui ne sont pas faits pour elles, c'est faire violence à la nature.

Mr. Joseph de Maistre disait: "La prodigieuse dégradation des caractères dans le XVIII^e siècle, n'a pas d'autre cause que l'extinction des sciences morales, sous le régime exclusif de la physique et de la desséchante algèbre.

Les Allemands ont fondé, sous l'inspiration populaire, les Ecoles dites "pratiques," où l'on forme les élèves selon les idées nouvelles, en leur enseignant les langues modernes, l'histoire, les mathématiques et les sciences naturelles. Jusqu'à ces dernières années, les élèves de ces institutions étaient admis à l'étude de la médecine, tout comme les élèves des collèges classiques. Or, voici ce que dit le professeur A. W. Hoffmann, recteur de l'Université de Berlin, et, cer-

tainement l'un des éducateurs les plus compétents de cette grande institution :

“ Tous les efforts que l'on a fait pour donner une formation équivalente à celle que donnent les études classiques, ont échoué, soit que l'on ait eu recours aux langues modernes, aux mathématiques ou aux sciences naturelles. Combien de fois n'ai-je pas entendu des jeunes gens, sortis des écoles pratiques, regretter amèrement de ne pas avoir eu l'avantage d'études classiques. L'idéalisme de l'entraînement académique, l'amour désintéressé de la science pour la science, le libre exercice de la pensée existent en autant que l'enseignement préliminaire a une base classique. Enlevez cette base, ces qualités deviennent plus rares. J'ai eu souvent l'occasion de causer de ce sujet, avec des savants qui avaient consacré leur vie aux sciences et aux mathématiques, et tous, sans exception, partagent ces convictions.”

Qué de savants se sont prononcés dans ce sens sur la valeur de la formation classique. Nommons le père de la chimie agricole, Wolff, Henneberg, Knap, Nobbe, Stohman, Kuhn: tous chimistes de réputation universelle. Liébig, célèbre dans toutes les académies savantes, et dont le laboratoire était une école et une pépinière de chimistes, avait cru lui aussi, à ses débuts, que les études littéraires étaient un ornement de luxe pour des hommes voués à une carrière toute scientifique, et qu'elles pourraient être remplacées par les précoces études de physique et de chimie des écoles professionnelles, l'expérience pourtant finit par le convertir. “ J'ai observé, disait-il plus tard, que les élèves venus des écoles pratiques, l'emportaient la première année sur les jeunes humanistes, par une certaine somme de notions positives acquises; cependant ils étaient rejoints dès la seconde année et, à partir de la troisième, distancés à jamais.”

En 1888, l'Ecole Française des Sciences politiques avait envoyé en Angleterre, une commission chargée de s'enquérir comment se forment et où s'instruisent les classes supérieures et moyennes de ce pays? Quels moyens de préparation ont été mis à la portée de ses parlementaires, de ses diplomates, de ses philosophes et de ses savants?

D'un rapport très élaboré nous extrayons les

quelques passages suivants: “ Deux ou trois mille jeunes gens vont chaque année, aux universités. Cette élite a conservé plus fidèlement que nous, le culte de l'antiquité: elle sait le latin au moins aussi bien et le grec sûrement mieux que nos plus brillants élèves de l'Université. Nous retrouverons plus tard ces esprits très finement cultivés dans les professions, dans l'enseignement, dans les hautes fonctions publiques et même aux Lords et aux Communes.”

Or, veut-on voir en quel honneur les Universités anglaises tiennent les études classiques comme moyen de haute culture intellectuelle, jetons un coup d'oeil sur les péripéties de la lutte qui eut lieu en 1890 entre les partisans et les ennemis du grec.

Depuis longtemps l'on constatait qu'un grand nombre d'élèves parmi ceux surtout qui se destinaient aux carrières libérales, ne complétaient pas leurs classiques—ou se contentaient de suivre les cours modernes. Au dernier moment, ils apprenaient à la hâte quelques bribes de grec et se présentaient aux examens

C'est surtout au grec que l'on en voulait; l'on prétendait que son étude était du temps perdu et sans valeur pratique. Le “Times,” de Londres, avait même dit à ce sujet: “Que les Universités ne sont pas les arbitres indispensables de l'éducation anglaise et que si elles refusent de donner l'instruction que réclament les classes moyennes, les classes moyennes se passeront d'elles.”

A Oxford, en décembre 1890, l'on institua une enquête, et le Sénat fut invité à voter sur la proposition suivante:

“ Ce serait un bien pour l'éducation si le grec cessait d'être obligatoire aux Universités de Cambridge et d'Oxford.”

Cette résolution fut repoussée. L'Université désirant maintenir le haut niveau de son éducation intellectuelle et l'expérience ayant démontré que les langues classiques et, en particulier, le grec, sont absolument nécessaires à l'intelligence du passé et par là, du présent même.

L'année suivante, la question était reprise à Cambridge. Par un vote de 525 contre 18, il fut décidé que l'on s'en tiendrait à la formation classique et que le grec continuerait à être matière obligatoire du programme. L'Université ne jugea pas à propos

de changer un programme qui depuis des siècles avait formé les intelligences les plus puissantes de la nation.

Lord Macaulay avait émis l'idée ambitieuse de faire gouverner l'Inde par l'élite de la nation. Mais, lui disait-on, où ce trouve-t-elle, cette élite ? Elle se trouve à n'en pas douter, répondait-il, dans ces collèges, dans ces universités par où a passé et passe encore chaque année ce qu'il y a de plus distingué dans ce pays.

Et quand on lui objectait que les programmes de ces Universités n'offraient aucune garantie, que les fonctionnaires ainsi recrutés n'auraient aucune valeur technique, il répondait : " Des garanties, je n'en sais pas de plus solides que celles d'une forte éducation classique, la plus haute, la plus libérale, la plus accomplie que puisse fournir notre pays. L'expérience l'a démontré : une éducation de ce genre est la meilleure des préparations pour toute profession qui exige l'exercice de hautes facultés intellectuelles.

Gladstone, qui était un "scholar" dans toute la force du terme, prononçait les paroles suivantes :

" Pourquoi l'étude des langues classiques tient-elle le plus haut rang comme moyen de formation, si ce n'est parce qu'il développe le goût, la raison, la mémoire, l'élégance du langage ? Ce sont des conséquences particulières d'une grande vérité, c'est que la civilisation moderne est le produit de deux grands facteurs : le christianisme et l'inspiration grecque. Les matériaux de ce que nous appelons une éducation classique ont été préparés d'une façon providentielle pour être le complément du christianisme dans la culture de l'esprit humain.

Le Dr Alexandre Hill, recteur du Downing College, de Cambridge, écrivait dernièrement : " L'on nous affirme qu'un enseignement précoce des sciences est la plus sûre garantie d'un succès certain, que l'on forme ainsi des biologistes compétents, que l'on arrive ainsi à obtenir cette juste corrélation entre le développement des facultés d'observation, la culture de la mémoire et le pouvoir de comparer les faits, d'en tirer des conclusions, et d'y asseoir des hypothèses."

A ces allégations mon expérience oppose un démenti formel.

Les élèves des cours de sciences causent souvent à leurs professeurs les plus cruels désappointements.

Leur présence aux examens avant qu'ils aient atteint dix-neuf ans indique clairement que ce sont des jeunes gens qui ont fui les travaux ordinaires de l'école pour se préparer aux cours de sciences.

Ce ne sont plus des élèves mais des enfants qui ont été bourrés de faits scientifiques par des maîtres habiles ; et qui en font montre de la manière la plus impressive. Leur érudition est bien des fois extraordinairement précise et étendue. Ils connaissent bien les éléments de la chimie ; ils ont entièrement maîtrisé les formules élémentaires de la physique ; ils ont acquis des notions de botanique et de zoologie, mais ils n'ont pas d'entraînement intellectuel.

Que ces élèves aient le malheur de se relâcher dans leur travail ardu, ils seront bien vite dépassés par des élèves plus jeunes sortis des écoles, qui, à leur entrée à l'Université pouvaient à peine distinguer une éprouvette d'un baromètre. L'élève du cours de sciences, tel que formé par nos programmes modernes est un prodige d'érudition ; il est difficile à surpasser sur les premières notions de son sujet, mais à mesure qu'il atteint cette région de connaissances, où il faut s'occuper non seulement des faits évidents, mais de la force relative des théories et des arguments, il est comme dans l'impossibilité de s'élever à ces considérations.

Le Docteur Lawson Tait n'est pas seulement un chirurgien actif ; c'est aussi l'un des hommes qui s'occupent le plus de tout ce qui regarde les intérêts de la profession en général. Voici quelques extraits d'un discours d'ouverture qu'il prononçait à l'Association Médicale Britannique, en septembre, 1890.

(A suivre)

Revue des journaux

MEDECINE

De la mort rapide ou subite d'origine gastrique

par M. LANCERAUX

(Suite)

Le surlendemain, il revenait chez moi, continuant à se plaindre, et me demandant s'il ne pourrait

pas prendre une potion d'infusion de digitale dont, me disait-il, il s'était bien trouvé en d'autres circonstances. C'est une heure et demie plus tard qu'il tombait dans l'état syncopal que je viens de vous faire connaître, et dont le point de départ n'a pu être que le trouble persistant de l'estomac.

Mais quel est le mécanisme de cet état ?

L'analyse attentive des phénomènes qu'il nous a été, malheureusement, donné d'observer, nous a appris, d'une façon incontestable, que la mort avait été l'effet d'un "arrêt du coeur."

En réalité, à un certain moment où le pouls était redevenu sensible, il nous fut facile, en y tenant le doigt appliqué, de prédire chaque nouvelle crise syncopale; celle-ci commençait par la disparition totale du pouls, suivie, presque aussitôt, de la contracture des mâchoires, de la raideur des muscles du cou et du thorax, de l'arrêt de la respiration, et d'un état de mort apparente, qui aurait été, du reste, une mort réelle, si la respiration artificielle n'avait été pratiquée.

Or, cet arrêt du pouls, indépendant de tout désordre matériel du coeur, ne peut être attribué qu'à un état purement fonctionnel, qu'à un trouble réflexe de cet organe, lequel provenait, nous n'hésiterons pas à le dire, de l'estomac, ou, d'une façon plus générale, du tube digestif. L'estomac était, en effet, l'organe qui, depuis longtemps, faisait souffrir notre malade; et, comme, deux jours plus tôt, celui-ci, malgré sa sobriété habituelle, s'était plaint d'avoir trop mangé, et d'avoir mal digéré le repas de la veille, aucun doute ne saurait être possible sur le point de départ de l'état syncopal et de la mort.

Le mécanisme de cette mort est, d'ailleurs, comparable à celui de la mort qui se produit à la suite de l'écrasement des ganglions semi-lunaires. Effectivement, si dans notre cas ces ganglions ne sont pas en cause, l'excitation des extrémités nerveuses de la membrane muqueuse gastrique n'a pas moins pu produire l'inhibition du centre réflexe bulbaire et l'arrêt du coeur.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, j'ai eu, pour mon compte, le malheur d'en observer plusieurs, tant en ville qu'à l'hôpital.

Un homme robuste et toujours bien portant, âgé de quatre-vingts ans, éprouvait, depuis plusieurs jours, des troubles digestifs avec perte de l'appétit, lorsqu'il fut pris, dans la nuit du 12 au 13 septembre 1887, d'une crise douloureuse à l'épigastre et dans le flanc gauche, accompagnée de sensations pénibles au niveau du thorax et d'étouffement, avec angoisse, ce que j'attribuai à une mauvaise digestion. L'administration d'un purgatif fut suivie d'un léger soulagement; néanmoins, les douleurs épigastriques se firent encore sentir de temps à autre, et le malade demeura

inappétent, nerveux et agité.

Quatorze jours plus tard, dans la nuit du 27 au 28, à 1-heure du matin, il envoyait sa garde se coucher, en lui disant qu'il se sentait très bien et qu'il pouvait se passer d'elle. Une heure plus tard, cependant, celle-ci ouvrait la porte de la chambre, et comme tout était calme, elle pensait que le malade dormait; à 6 heures, elle revenait encore, et le trouvait sans aucun déplacement de ses couvertures; il était glacé et mort dans son lit.

Là, également, tout porte à croire qu'il s'agissait d'un arrêt du coeur, par acte réflexe venu de l'estomac, car l'examen le plus minutieux des organes, et, en particulier, du coeur, pratiqué deux jours plus tôt, ne m'avait révélé aucun désordre manifeste.

Je m'abstiendrai de citer d'autres faits, mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que plus de la moitié des morts subites, qu'elles surviennent dans le lit, dans la rue, dans un compartiment de chemin de fer, ou ailleurs, n'ont pas d'autre origine.

Un Espagnol, d'une quarantaine d'années, robuste mais dyspeptique, avait été examiné par moi à plusieurs reprises sans qu'il me fût jamais possible de trouver l'ombre d'un désordre matériel dans aucun organe. Au cours d'un voyage en Espagne, ayant été pris d'une bronchite légère à Madrid, il quitta cette ville, convalescent, dina avec d'autres personnes, dans le train, puis, voulant dormir, congédia son valet de chambre, et s'installa dans son sleeping-car. Vers 5 heures du matin, le domestique, en entrant dans son compartiment, le trouvait mort. Pour lui, comme pour tant d'autres, la mort avait été une surprise au milieu d'un profond sommeil.

Ce genre de mort est, d'ailleurs, commun, et, pour vous en convaincre, il va me suffire de faire appel à vos souvenirs, et de vous citer les noms de deux, au moins, de nos collègues, Hillairet et Potain. Aucun d'eux n'avait d'affection organique manifeste du coeur ou des artères, et, cependant, ils ont succombé tout à coup dans une nuit, après s'être couchés bien portants.

Je sais qu'il se trouvera des médecins pour prétendre que, dans ces cas, comme dans beaucoup d'autres, il y a de la myocardite, et que cette affection peut être la cause de la mort. Mais c'est là une supposition qui n'est nullement justifiée, puisque, dans aucun cas, il n'a été constaté d'insuffisance cardiaque. Par contre, la plupart des faits observés par nous concernaient des personnes impressionnables, nerveuses, occupées et préoccupées tout à la fois, digérant mal, et, la plupart du temps, en proie à des palpitations nerveuses plus ou moins violentes.

Ces quelques faits mettent suffisamment en lumière, selon nous, un genre de mort qu'il est nécessaire

de bien connaître afin de pouvoir l'éviter ou le combattre, du moins, dans la mesure du possible.

Quelles sont donc les indications prophylactiques ? Elles sont au nombre de deux : 1° traiter la dyspepsie ; 2° modérer l'excitabilité du système nerveux.

La première de ces indications comporte l'obligation d'un régime approprié à l'état d'estomac, la régularité dans les repas, et la nécessité de manger lentement. Le régime sera exclusivement lacté, si le malade est inappétent ; dans le cas contraire, il sera léger, et se composera de viandes faites, grillées ou rôties, en petite quantité, d'oeufs, de beurre frais, de fromage dur, de légumes verts, avec de l'eau aux repas, et abstention de toute substance ou boisson acide.

Les repas, au nombre de trois, seront très réguliers et suivis, les deux principaux, tout au moins, de l'emploi du bicarbonate de soude, de façon à neutraliser les acides de fermentation.

Le bromure et l'opium serviront à modérer le système nerveux, et la digitale aura son utilité dans le cas de très fortes palpitations. Ces moyens, joints à une vie tranquille, sans fatigue et sans grandes émotions, mettront, autant que possible, à l'abri des syncopes d'origine gastrique, et de leur terminaison trop souvent fatale.

Le traitement de l'état syncopal a pour indications :

1° De pratiquer la respiration artificielle, le malade couché, la tête basse, puisque la mort réelle, par arrêt du coeur, n'est définitive qu'au moment où cesse la respiration ;

2° De réveiller le coeur, en le stimulant à l'aide des moyens généralement connus ;

3° De s'opposer aux actes réflexes, en modérant le centre bulbaire, et en neutralisant, autant que faire se peut, l'excitation initiale.

La première de ces opérations se fera par les procédés ordinaires, en ayant soin de maintenir la langue au dehors, ou, encore, par des tractions rythmées de cet organe. De cette façon, la mort pourra être évitée, ainsi qu'il arrive si souvent dans les cas de syncope par submersion, par électrocution ou par pendaison.

On aura recours, pour combattre la défaillance du coeur et réveiller sa contractilité, à la flagellation de la face, à l'application, au devant du thorax, du marteau de Mayor, et, principalement, aux injections d'éther et de caféine.

L'excitabilité réflexe sera modérée par l'emploi du chloral, du bromure et, surtout, de la morphine. Ce dernier médicament, en injections hypodermiques, est le moyen le plus sûr et le plus facile à employer ;

mais il importe de savoir que son usage n'est pas sans offrir de réelles difficultés, en raison de la dose à laquelle il convient de l'administrer. Une dose trop faible peut, en effet, exagérer les actes réflexes, et une dose trop forte devenir toxique. Entre ces deux extrêmes il y a, comme j'ai pu m'en assurer, une dose intermédiaire qu'il faut saisir, et qui varie, non seulement avec chaque individu, mais encore avec l'origine, la nature et l'intensité du mal. Aussi, en présence d'une mort imminente, la tâche du médecin est-elle des plus délicates.

Le meilleur moyen de modérer ou d'annihiler l'excitation initiale, quand elle provient de l'estomac, est de laisser cet organe au repos, et de n'accorder aucune boisson, si ce n'est de l'eau additionnée de bicarbonate de soude. Mais, là encore, la morphine et le chloral peuvent trouver leur indication.

La souffrance de l'intestin, non moins que celle de l'estomac, est susceptible de produire l'arrêt du coeur par acte réflexe, et tout porte à croire qu'elle est la cause des morts subites ou rapides, survenant au cours de plusieurs maladies dans lesquelles l'intestin est lésé, et, en particulier, dans la fièvre typhoïde et la dysenterie.

C'est sans doute par un mécanisme analogue que survient la mort par syncope à la suite d'excitations utérines ; dans toutes ces circonstances, c'est sur le coeur que paraît agir le réflexe.

Les cas de mort subite par arrêt de la respiration ont d'autres origines. Leur point de départ ordinaire, est dans les excitations de la membrane muqueuse des voies aériennes, et de celle du larynx en particulier.

Ainsi, nous en rapportant aux nombreuses autopsies de mort subite pratiquées par nous et dans lesquelles tous les organes, y compris le pneumogastrique, examinés avec grand soin, ne présentaient aucun désordre, nous sommes amené à croire que les deux tiers, au moins, des cas de mort subite ou rapide sont dus à l'inhibition réflexe des centres circulatoire ou respiratoire. C'est là un point d'un grand intérêt pratique, qu'il importait, ce nous semble, de mettre en lumière.

En terminant, nous répéterons ce que nous disions, il y a une dizaine d'années, dans une de nos leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu :

“ Les cas de mort rapide ou subite nécessitent toute notre attention et tous nos soins ; loin d'être dus à des ruptures du coeur ou des vaisseaux, ou à tout autre désordre matériel, ils ne présentent, la plupart du temps, aucune lésion organique, et ne sont que les effets d'un trouble nerveux qui arrête instantanément une grande fonction.”

(Bull. de l'Acad. de méd.)

Le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac

M. Ewald (de Berlin), rapporteur.—Depuis vingt ans, on n'a fait aucun progrès au point de vue du diagnostic de localisation de l'ulcère gastrique. On ne peut émettre à cet égard que des suppositions, sauf quand on trouve une tumeur du pylore, les autres symptômes permettant d'admettre un ulcère rond. Le diagnostic différentiel doit envisager : 1° spasme pylorique; 2° une hypertrophie musculaire ou une tumeur cicatricielle; 3° un néoplasme cancéreux.

Il est des cas où il est matériellement impossible de juger avec certitude, même après un examen histologique minutieux, s'il s'agit de lésions bénignes ou bien d'un processus malin.

Les douleurs, dans l'ulcère rond, sont loin d'être toujours typiques, surtout dans les cas à évolution chronique où elles sont facilement confondues avec des gastralgies provenant d'autres causes. Il faut signaler particulièrement les gastralgies que l'on observe dans le premier stade de la phtisie ou bien dans le tabes (période préataxique). Les hernies de la ligne blanche peuvent entraîner des erreurs de diagnostic, et les douleurs attribuées à un ulcère rond disparaissent parfois à la suite de l'opération de la hernie.

L'amaigrissement et le facies cachectique sont relativement rares dans l'ulcère de l'estomac; on les observe seulement chez les sujets nerveux, ou bien chez des individus gras, qui ont réduit leur nourriture par crainte des douleurs. L'amaigrissement peut alors rendre le diagnostic malaisé.

L'hypertrophie des ganglions lymphatiques n'a qu'une valeur très secondaire. L'état de la langue est plus important; dans l'ulcère de l'estomac, la langue est d'habitude humide, rouge, peu ou pas du tout chargée.

Les complications de l'ulcère gastrique peuvent être la source de grandes difficultés. La perforation dans la cavité abdominale est d'ordinaire facile à diagnostiquer; pourtant on peut être induit en erreur par une perforation de l'appendice accompagnée d'une grave hémorragie gastrique. Il n'existe aucun moyen de reconnaître s'il y a menace de perforation. L'opération offre d'autant plus de chances de succès qu'elle est faite plus tôt; mais les difficultés opératoires peuvent être énormes si l'ulcère est étendu, et si la perforation se trouve au centre d'une large ulcération.

Parmi les complications chroniques de l'ulcère, il faut citer l'estomac en sablier; outre les symptômes habituels (impossibilité de retirer une grande partie

de l'eau injectée, gargouillements limités à la partie pylorique, gonflement d'un seul côté après l'insufflation d'air), le diagnostic peut être facilité par l'usage d'un ballon de caoutchouc, ayant la forme de l'estomac et que l'on gonfle d'air une fois qu'il est en place; se ballon ne distend que la partie cardiaque de l'estomac, tandis que l'insufflation dilate l'estomac tout entier.

Il est souvent impossible de savoir si l'ulcère a retenti sur les organes voisins; d'autres fois, au contraire, les symptômes sont évidents (perforation dans la plèvre, dans le péricarde, abcès sous-phrénique, perforation dans le gros intestin, etc.). Ces lésions secondaires peuvent être prises pendant des années pour des névroses fonctionnelles; c'est le cas, notamment, des adhérences périgastriques. Le diagnostic se basera sur l'anamnèse (ulcère rond floride), sur les douleurs toujours localisées au même point, que la production d'acide chlorhydrique soit augmentée ou diminuée; sur l'existence de vomissements réguliers sans gastrectasie. L'intervention chirurgicale a souvent guéri ces malades, qui jadis passaient pour nerveux ou bien étaient considérés comme atteints d'hyperchlorhydrie ou de gastrosuccorrhée. Chez des personnes jeunes, chlorotiques, le diagnostic est fréquemment impossible; on essaiera alors le traitement de l'ulcère de l'estomac dont les effets, insignifiants en cas de nervosisme, sont démonstratifs s'il s'agit d'une lésion organique.

Pour ce qui est de la différenciation de l'ulcère pylorique d'avec l'ulcère duodénal, les processus inflammatoires des voies biliaires, etc., on peut dire que dans tous ces cas, l'estomac n'étant pas en cause, le suc gastrique est d'habitude normal. D'ailleurs, les névralgies réflexes peuvent être ici de grande valeur pour le diagnostic: elles se produisent lorsqu'un calcul biliaire est arrêté au passage; siégeant dans les espaces intercostaux, dans les omoplates, souvent diffuses et périodiques, elles font songer à une fièvre intermittente larvée, à une congestion du foie. Très fréquemment alors, le chirurgien est seul à même d'éclaircir la situation.

Les ulcérations de l'oesophage sont rarement la cause d'erreurs de diagnostic; la localisation et la modalité de la douleur, l'examen oesophagoscopique permettent de les dépister; il en est de même des tumeurs ou processus inflammatoires de la partie inférieure de l'oesophage.

Pour ce qui concerne le diagnostic anatomique de l'ulcération gastrique (ulcère simple ou ulcères tuberculeux, syphilitiques, diphthéritiques ou urémiques), on peut l'élucider par la marche de la maladie: il s'agira de voir si l'ulcération est primitive ou

bien si elle s'est développée dans le cours d'une autre affection; l'ulcération reste, d'ailleurs, latente en pareil cas; aussi offre-t-elle un intérêt anatomo-pathologique plutôt que clinique.

M. Fleiner (de Heidelberg), co-rapporteur.—Le traitement de l'ulcère gastrique a pour but essentiel de créer des conditions favorables à la guérison de l'ulcère. Pour cela, on a cherché à mettre la partie lésée à l'abri des irritations par le repos (repos du corps et repos de l'estomac, c'est-à-dire diète), à déterminer une contraction des parois stomacales par des lavages avec des solutions alcalines, afin d'éviter toute stagnation, à appliquer enfin une sorte de pansement sur la partie ulcérée (bismuth).

Le repos le plus absolu est la meilleure garantie d'une prompte guérison. L'estomac étant le plus contracté quand le malade éprouve la sensation de faim, il faut traiter les sujets atteints d'ulcère par la faim, et prolonger ce traitement aussi longtemps que possible: la faim et la soif peuvent être calmées par des lavements, mais on ne doit rien donner par la bouche. Pendant la durée de cette cure, il importe de bien surveiller l'état de contraction de l'estomac; s'il se dilate, l'application d'une vessie de glace est indiquée. Puis on passe au régime lacté, qui est strictement observé pendant un mois au moins. Ce n'est qu'au bout de ce délai que le patient peut quitter le lit et manger un peu de viande blanche; enfin, six semaines après le début du traitement, on lui permettra de commencer à prendre des viandes rouges. Durant la convalescence, il faut éviter tous les aliments qui produisent des fermentations. Tout voyage étant contre-indiqué, on ne doit jamais prescrire le séjour dans une station hydro-minérale.

Les trois quarts des ulcères guérissent sous l'influence de cette cure un peu schématique. Les causes d'échec sont généralement l'impatience du malade ou du médecin qui, trompé par le bon état subjectif du sujet, interrompt le traitement trop tôt; elles peuvent dépendre aussi de la forme de l'ulcère (vieux ulcère calleux), ou bien de particularités individuelles (gastroptose, habitudes d'aérophagie). Les ulcères chroniques guérissent plus difficilement, à cause de la stagnation des aliments sur l'ulcération; par suite, il faut, en pareille occurrence, laver l'estomac en faisant boire des eaux alcalines et, si cela ne suffit pas, en introduisant des liquides au moyen de la sonde. Le cathétérisme n'a aucun inconvénient s'il n'est pas pratiqué immédiatement après une hémorragie; cependant la quantité d'eau introduite de la sorte ne doit pas dépasser 200 à 250 grammes, et sa pression doit être minime.

Le lavage de l'estomac terminé, on peut essayer

des topiques. Le nitrate d'argent paraît diminuer les douleurs. Mais, c'est surtout l'emploi local du sous-nitrate de bismuth (10 à 20 grammes dans 200 grammes d'eau) selon le procédé de Kussmaul qui donne de bons résultats. Le bismuth se dépose sur l'ulcération où il reste deux ou trois jours. L'inconvénient de cette méthode, c'est que les pansements doivent être répétés souvent. On s'explique les bons effets du bismuth en admettant qu'il couvre les nerfs mis à nu, qu'il diminue la sécrétion, et sert de désinfectant (Kocher) en entravant la fermentation des hydrocarbures; il favorise aussi la formation de granulations. On peut encore administrer la potion au bismuth par la bouche, après ingestion d'eau alcaline. Le bismuth agit également à la fin de la cure.

Mais la thérapeutique médicale a des limites et, à un moment donné, il faut laisser agir le chirurgien. Quand il existe un trouble mécanique ayant pour cause un ulcère de l'estomac et auquel on ne peut remédier par les moyens internes, on doit intervenir chirurgicalement; cette indication se pose lorsque le pylore ne laisse plus passer assez de nourriture pour soutenir le malade, c'est-à-dire lorsque le poids diminue. Comme rien ne permet de juger du degré de l'hypertrophie musculaire, dans les cas de dilatation, il faut opérer de bonne heure. Parmi les causes de cette obstruction du pylore, il faut citer en première ligne les rétrécissements cicatriciels, puis les anomalies de forme et de motilité de l'estomac par suite d'adhérences ou de callosités.

L'ulcère de l'estomac ne constitue, en soi, une indication opératoire que s'il siège au pylore, parce qu'il y a à craindre alors une sténose pylorique. Cette localisation se révèle par l'existence de crampes pyloriques; quand on observe ce symptôme, on ne peut plus espérer la guérison spontanée.

Ces ulcères du pylore peuvent avoir pour conséquence la tétanie. La tétanie, en pareille occurrence, nécessite la suppression rapide de l'obstacle entravant l'écoulement du contenu de l'estomac; sur 5 opérés, 3 ont guéri; 2 sont morts, l'un de faiblesse (intervention trop tardive), l'autre peut-être par suite d'une faute opératoire.

Par contre, le traitement chirurgical des adhérences périgastriques, qui font souffrir les malades et prédisposent aux hémorragies et à la perforation, n'a pas fourni de résultats aussi satisfaisants.

De même, en cas d'hémorragies, l'intervention n'a pas donné les succès qu'on en espérait. Tant que l'ulcère saignant ne dépasse pas la paroi de l'estomac, la sonde suffit, l'évacuation de l'estomac amenant sa contraction. Dans les hémorragies graves, par contre, il ne faut pas faire le cathétérisme, mais pres-

crire le repos absolu et la vessie de glace. En somme, ce n'est que dans un service hospitalier qu'il peut être question d'opération pour hémorragie.

Il existe de rares exemples de perforation d'un ulcère ayant guéri spontanément; mais la plupart du temps la vie ne peut être sauvée que par une intervention immédiate.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Thérapeutique et Matière Médicale

Le traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb

M. le Dr. Ch. Blanc a fait une consciencieuse étude comparative des traitements de l'ongle incarné et il a profité de ces observations pour contrôler la pathogénie et l'étiologie de cette affection.

Selon lui.

L'ongle incarné est presque toujours une affection de l'adolescence. La chaussure mal adaptée à la forme du pied en est la cause occasionnelle principale. Mais, il faut tenir compte d'un certain nombre d'états constitutionnels prédisposants: lymphatisme; diabète (Velpeau). Les symptômes peuvent être classés, avec M. Nicaise, en trois périodes: douleur; ulcération; fongosité. Le diagnostic en est surtout à faire avec: l'onyxis syphilitique; l'onyxis scrofuleux; l'onyxis trophique. Il faut tenir grand compte au point de vue pronostic: de l'âge du sujet; de sa situation sociale. Au point de vue thérapeutique, deux modes de traitements restent en présence; la méthode sanglante et les applications caustiques.

On aura recours à la première méthode dans les cas graves récidivants avec décollements étendus, surtout, si la situation sociale du malade lui permet un repos assez prolongé.

Au contraire, les applications caustiques sont indiquées dans les cas ordinaires avec fongosité, bourrelet exubérant, chez les malades pauvres qui ne peuvent interrompre le cours de leurs travaux.

Le caustique qui a donné les meilleurs résultats est le nitrate de plomb.

Voici la technique de cette dernière méthode.

Il faut préparer pour l'opération:

1° Du nitrate de plomb très sec et finement pulvérisé.

2° Une spatule métallique plate.

3° De l'ouate non hydrophile.

4° De la tarlatane à pansement.

Le sujet aura soin dans les jours qui précèdent la

première application, de prendre des bains de pied prolongés qui réalisent un double but: nettoyage mécanique de l'extrémité de l'orteil, ramollissement des tissus bourgeonnants.

Voici comment le prof. Monprofit (d'Angers) conseille de pratiquer l'application du nitrate de plomb:

"Avec une spatule très plate, on glisse entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'au fond de la gouttière péri-unguéal, une mince couche d'ouate, suffisamment large pour recouvrir par sa partie libre toute la partie saine de l'ongle. On prépare, en la roulant entre les doigts, une petite mèche d'ouate que l'on glisse parallèlement à la rainure ainsi disposée; dans le fond formé par le bourrelet fongueux, on met le nitrate de plomb, régulièrement tassé, et on le recouvre de l'ouate qui recouvre l'ongle. On met à nouveau une couche d'ouate et on maintient le pansement avec une bande de gaze humide. Le pansement est renouvelé le lendemain et les jours suivants jusqu'à ce que les parties sanieuses soient supprimées c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on puisse voir nettement le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants; alors, laissant d'un côté le nitrate de plomb, patiemment en une ou deux séances, on relève le bord avec un peu d'ouate glissée dessous. On fait un pansement sec qu'on continue jusqu'à guérison. L'ongle croîtra par dessus les chairs qui sont comme tannées et parcheminées; il aura repris son chemin normal et le malade sera guéri.

"Avec ce traitement patiemment suivi, aucun ongle incarné vulgaire ne résiste; s'il y a récurrence, ce qui est possible, bien que rare, on recommence le traitement dès le début. Ce procédé a l'avantage d'être peu coûteux, facile à appliquer sans obliger le malade au repos absolu, peu douloureux et presque infaillible."

En se conformant rigoureusement à cette indication, M. Ch. Blanc a guéri 19 malades sur 19 tentatives et la durée du traitement a oscillé entre 1 et 15 jours, soit environ 8 jours en moyenne.

(Gaz. méd. belge)

Molène bouillon blanc dans le traitement de la tuberculose

J.-B. QUINLAN

De temps immémorial, les paysans irlandais ont considéré le bouillon blanc comme un agent thérapeutique infaillible de la phthisie; aussi, cette plante qui, en France, en Angleterre, en Allemagne, est dé-

daignée, est-elle soigneusement cultivée, en grand en Irlande. Il existe cinq espèces de molènes appartenant toutes au groupe des Scrofulariées, mais celle qui est usitée ici est le "Verbascum thapsus" ou "grande molène," désignée en France sous le nom de "molène bouillon-blanc."

Qui ne connaît cette plante si commune, avec sa haute tige mesurant 50 centimètres à 2 mètres de hauteur, ses feuilles épaisses velues et mucilagineuses, et son long épi de nombreuses fleurs, jaunes légèrement odorantes ?

Les feuilles vertes fraîches sont celles qu'on emploie de préférence. Ces feuilles peuvent se récolter pendant sept à huit mois de l'année. Néanmoins, les feuilles sèches donnent encore de bons résultats. Cultivée en serres, la molène peut fournir des feuilles fraîches pendant toute l'année, ce qui a une certaine importance.

La méthode employée par les campagnards irlandais consiste à faire une décoction de 100 grammes de feuilles sèches dans 1 litre de lait de vache bien frais. Le lait et les feuilles sont bouillis ensemble; après un bouillon, on laisse les feuilles macérer encore pendant une dizaine de minutes. On passe, on sucre la liqueur, qui est bue chaude. On prend ainsi 2 ou 3 litres de lait par jour. La molène, malgré sa réputation populaire et sa consommation étendue, ne fait pas partie de la pharmacopée officielle. Pendant ces deux dernières années, l'auteur, qui avait décidé d'explorer les propriétés thérapeutiques de cette plante, a traité une série de cent vingt-sept cas de consommation pulmonaire pris à tous les stades de la maladie, en se servant seulement des feuilles de molène et exclusivement de la molène.

Au début du traitement, chaque malade était soigneusement pesé, cette constatation était renouvelée toutes les semaines en ayant soin de réaliser autant que possible l'uniformité la plus absolue dans les conditions de temps, d'habillement, de nourriture, etc. On notait les symptômes observés et les signes physiques constatés.

Les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé sont ainsi résumées :

1° Dans le stade prémonitoire et tuberculeux de la consommation pulmonaire, la molène jouit de propriétés curatives et trophiques plus prononcées que celle de l'huile de foie de morue, et presque égales à celles du koumiss tartare. Il est expérimentalement démontré que l'augmentation du poids du corps est due à la molène, car le lait seul est impuissant à amener ces résultats.

mollis, quand le tuberculeux est devenu phthisique, la

2° Quand les tubercules sont développés et ramolène soulage beaucoup la toux. En fait, grâce à la molène, les malades n'ont plus besoin de préparations pectorales aucune, avantage dont tout praticien appréciera vivement la valeur, chez des malades qui sont souvent, comme les phthisiques, dans l'impossibilité de supporter une alimentation suffisante. Le lait est pour eux bien plutôt un aliment qu'un médicament. Une telle quantité de lait peut cependant déterminer, chez les malades dont la digestion est lente, une lourdeur d'estomac, dont on triomphera en laissant la macération tiédir et en ajoutant un peu de pancréatine.

3° La molène diminue ou arrête la diarrhée des phthisiques. Le lait y contribue sans doute, mais on peut encore obtenir ce résultat lorsque la tisane de molène est préparée avec de l'eau.

4° Tous les symptômes qui se rattachent en propre à l'existence de la tuberculose peuvent être combattus par la molène, excepté les sueurs profuses, pour lesquelles l'auteur a employé les injections hypodermiques de sulfate d'atropine; cette addition constituant la seule déviation au traitement exclusif de la phthisie par la seule molène.

5° La molène, fumée en guise de tabac, apaise puissamment l'irritation des voies respiratoires et la toux spasmodique, et de fait toutes les formes de la toux.

On peut fumer des feuilles de molène finement concassées dans une pipe, et l'on peut la mélanger, pour la rendre savoureuse, avec un peu de tabac. Weeler et Whitaker en préparent d'élégantes cigarettes.

Etant donné qu'on ne saurait se procurer du bon koumiss que d'une jument régulièrement nourricière, car, pour des raisons d'ordres chimiques, le lait de la vache ne peut faire du bon koumiss; étant donné tous les inconvénients inhérents à l'huile de foie de morue (goût désagréable, indigestion, diarrhée), et aussi la supériorité de la molène comme pectoral, comme reconstituant eutrophique, et comme drogue généralement assez acceptable au goût, la molène mérite la préférence.

(J. de méd. de Paris).

L'Iode et les Iodures

par le Prof. POUCHET

Vous voyez, dans ce flacon, de la "teinture d'iode," facile à reconnaître, de coloration acajou. Quel est le titrage de la teinture d'iode? Vous savez que c'est une dissolution d'iode au treizième dans

l'alcool à 90°. Un gramme de teinture d'iode renferme à peu près 77 milligrammes d'iode, et 61 gouttes.

La teinture d'iode se conserve mal, il se forme de l'acide iodhydrique qui modifie singulièrement les propriétés de la teinture, qui dissout l'iode et détermine une éruption formidable, si bien qu'en pratique il faut employer ou demander de la teinture d'iode fraîche si l'on veut s'éviter des déconvenues.

Qu'arrive-t-il lorsque la teinture d'iode est appliquée sur la peau ? La peau rougit, mais il n'y a pas seulement rubéfaction ; il se produit en outre un véritable érysipèle artificiel, caractérisé par une vaso-dilatation périphérique, et par un appel considérable et une diapédèse des leucocytes, qui favorisent le travail progressif de certaines néo-formations cutanées.

L'iode existe dans les éponges, dans les varechs, dans les fucus et dans certaines algues qui le prennent à l'eau de mer. Certaines plantes terrestres fixent également l'iode. Certaines eaux minérales en renferment (Cauterets, Challes, Barèges), ainsi que toutes les plantes d'eau douce, d'après Chatin.

Dans la glande thyroïde, l'iode existe, combiné à des substances albuminoïdes. Après l'ablation de cette glande, tant que vous donnerez de l'iodothyridine, vous empêcherez la mort de survenir.

C'est l'iode des éponges qu'on employait autrefois.

L'iode a été, sinon découvert, du moins propagé par Dumas, et la médication iodée, je parle de son emploi voulu, raisonné, date de 1815-1820.

L'iode est rarement administré à l'intérieur sous forme de teinture ; on préfère avoir recours aux "solutions aqueuses d'iode dans l'iodure de potassium ;" on sait, en effet, que l'iode métallique est presque insoluble dans l'eau, mais que sa dissolution dans l'eau est favorisée soit par l'intermédiaire de l'alcool, soit à l'aide d'iodure de potassium.

L'iode est associé fréquemment au sirop de ranthia ou au sirop antiscorbutique. La première de ces combinaisons porte le nom de "sirop iodotannique," qui renferme le millième de son poids d'iode et qu'on administre à la dose de deux cuillerées à soupe par jour. La seconde de ces combinaisons s'appelle "sirop de raifort iodé."

Nous allons voir quelle est l'action de l'iode en étudiant celle de l'iodure de potassium.

"L'iodure de potassium," dit-on, est un altérant, un résolutif. Il s'agit de s'entendre sur la signification de ces termes. Le qualificatif d'altérant n'est pas tout-à-fait exact, c'est modificateur de la nutri-

tion générale qu'il faut dire ; il est vrai que les altérants sont des modificateurs profonds de la nutrition. Nous nous expliquerons tout-à-l'heure sur le second qualificatif.

L'iode agit donc principalement et d'une façon presque exclusive sur les modifications de la nutrition.

Il résulte de l'expérimentation que, pour agir, l'iode, introduit sous forme d'iodure dans l'organisme, doit être mis en liberté, voilà un fait. Il semble alors que le procédé le plus simple serait d'administrer l'iode en nature, sous forme de teinture, par exemple ; mais, dans les milieux alcalins de l'organisme, cet iode se transforme en iodure, iodite, iodate, et le but poursuivi ne serait pas atteint. Ces composés iodés se décomposeraient, il est vrai, à un moment donné. Il nous reste donc à rechercher les conditions dans lesquelles se font ces décompositions. Si l'on pouvait supposer que l'iodure, introduit dans l'organisme, y circule sous forme d'iodure, c'est-à-dire sous forme de composé, il n'agirait pas, ou plutôt il agirait comme sel de potassium, si l'on avait employé l'iodure de potassium. Sauf pour les composés mercuriaux iodés, ou pour les sels iodés de lithine, c'est toujours l'iode qui agira principalement, et il faudra, je le répète, que l'iode de l'iodure soit mis en liberté pour exercer son action.

Eh bien, je reviens à ma question : "dans quelles conditions l'iodure est-il décomposé ?" On peut décomposer l'iodure par l'acide nitrique, le chlorure, le chloroforme, l'eau oxygénée, et c'est par ces réactions qu'on recherche la présence de l'iodure dans l'urine. Mais, dans l'organisme, il n'y a pas de réactions aussi intenses. Une très jolie expérience de Binz va nous éclairer, nous allons la répéter devant vous.

Nous prenons une feuille de salade fraîche, vivante, que nous broyons avec de l'eau. Nous mettons le tout dans un verre en présence d'une solution d'iodure de potassium. Lorsque nous faisons passer dans cette solution iodurée, avant d'y avoir introduit la feuille de salade, un courant d'acide carbonique, rien ne se produit, l'iodure n'est pas décomposé et l'iode n'est pas mis en liberté, puisque l'empois d'amidon qu'on a eu soin d'ajouter préalablement à la solution d'iodure, ne la fait pas bleuir. Mais, lorsqu'on a mis en présence de cette solution la feuille broyée, et lorsque nous faisons passer de nouveau le courant d'acide carbonique, la coloration bleue apparaît. L'iode est alors mis en liberté sous l'influence des propriétés physico-chimiques des cellules vivantes. Ceci nous montre déjà qu'en présence des phénomènes qui accompagnent la vie des tissus, on peut se

passer de réactions aussi énergiques que celles qui déterminent la décomposition de l'iodure en dehors de l'organisme.

Mais, dans l'organisme, il se passe la même chose que ce que vous venez d'observer. L'iodure, mis en présence des éléments vivants, et de l'acide carbonique, est décomposé et l'iode est mis en liberté. Que devient-il alors ? Mis en présence de matières albuminoïdes, il se fixe sur elles et contracte avec elles des combinaisons par simple addition et non par substitution, et il se forme des dérivés albuminoïdes isolés qui ont la propriété de se décomposer et de se détruire avec beaucoup plus de facilité que les albuminoïdes normaux.

La preuve de ce fait, on peut la trouver dans les urines. A la suite de l'administration de l'iodure de potassium, les premiers observateurs, qui ont recherché son action sur l'organisme, ont voulu mesurer la quantité d'urée excrétée par un individu avant et après son ingestion. Certains ont trouvé plus d'urée après l'ingestion qu'avant, d'autres en ont trouvé moins, d'autres enfin ont trouvé des quantités stationnaires. Or, ces variations dans les résultats obtenus s'expliquent; les quantités d'urée dépendent, en effet, de la concentration des solutions administrées, des doses et de l'époque où les expériences ont été faites.

Ce qu'il fallait rechercher, c'était, non pas la quantité d'urée excrétée, mais l'azote total des urines; c'est cette recherche seule qui peut permettre de se rendre compte de la destruction des matières albuminoïdes. Eh bien, quand on dose cet azote total, on constate qu'après ingestion de l'iodure, il a augmenté dans des proportions considérables, ce qui vient bien à l'appui de ce fait que les dérivés albuminoïdes iodés se détruisent assez facilement, ainsi que je vous l'ai dit.

D'autre part, si on envisage les autres éléments solubles de l'urine, on constate que les phosphates augmentent également d'une façon notable; de même les chlorures, de même les sulfates qui, comme les phosphates, proviennent de la désassimilation des matières albuminoïdes.

Voici encore des expériences qui viennent à l'appui de ce que je vous ai dit tout à l'heure. Prenons du chloroforme dans lequel on a fait dissoudre une petite quantité d'iode. Si nous y ajoutons une petite quantité d'albumine, celle-ci va s'emparer de l'iode qui colorait le chloroforme en violet et le chloroforme va se décolorer. Au contraire, si, au lieu d'ajouter de l'albumine à la solution chloroformée d'iode, nous y ajoutons de l'empois d'amidon qui, pourtant, a une si grande affinité pour l'iode, la solution chloroformée

ne se décolore pas. Vous voyez donc l'importance du rôle des albuminoïdes dans la fixation de l'iode et dans la formation des composés albuminoïdes iodés.

D'autres expériences viennent également à l'appui de ces faits. Quand on met par exemple, à dialyser une solution d'iode dans l'iodure de potassium avec de l'albumine, l'iode ne filtre pas, l'albumine suffit à le fixer et à le retenir.

Pour utiliser ces faits, il reste à voir "ce qui se passe du côté de la circulation sous l'influence de l'administration de l'iodure." On répète partout que l'iode est un vaso-dilatateur; c'est absolument inexact: il est légèrement vaso-constricteur pendant une grande partie de son action; ensuite il se produit une apparente vaso-dilatation. Certainement, il abaisse la pression sanguine et cela dans une proportion considérable, mais à quoi est dû cet abaissement ?

Quand on fait à un lapin une injection d'une dose sub-toxique d'iodure et qu'on coupe le bout de son oreille, s'il y avait vaso-dilatation, le sang devrait couler en nappe, comme il coule quand on emploie un agent vraiment vaso-dilatateur, quand on fait respirer, par exemple, du nitrite d'amyle. En outre, voici ce qui se passe au point de vue du nombre des hématies; je veux vous citer des chiffres exacts qui ont été vérifiés :

(a) Le nombre des hématies, chez un lapin, avant l'injection d'iodure, était de 6,250,000 par millimètre cube.

(b) Après l'injection, il était de 9.400 000.

(c) Il était de 4.125.000 quand le lapin eut éliminé l'iodure administré et qu'il fut revenu à l'état normal.

Que nous indiquent ces chiffres ? C'est que l'action primitive de l'iodure consiste dans une augmentation des hématies. Il se fait d'abord une transsudation du sérum à travers les vaisseaux, ou, si vous aimez mieux, une concentration du sang, et, par suite, une augmentation du nombre des globules par millimètre cube, un enrôlement en éléments solides. La preuve de cette transsudation, c'est l'abaissement de la tension sanguine qu'on observe à ce moment. Mais, au bout d'un certain temps, il y a rappel, dans la circulation, de ce sérum qui a été se répandre dans les différents territoires de l'organisme, et c'est à ce moment que se produit l'action vraiment thérapeutique de l'iodure, car, à ce moment, le liquide ramène dans la circulation des sels, notamment le chlorure de sodium. De là, l'explication des quantités quelquefois phénoménales de chlorure de sodium éliminé par les urines à la suite de l'ingestion d'iodure, mais les autres sels sont également in-

troués dans la circulation de la même façon. C'est la rentrée de ce liquide qui explique l'abaissement du chiffre des globules par millimètre cube, ainsi que la vaso-dilatation apparente que l'on constate.

Quant à l'iode lui-même, il se fixe de préférence sur les éléments albuminoïdes de nouvelle formation et ainsi s'explique que ce soient surtout ces tissus de nouvelle formation qui éprouvent, de la part de l'iode, les phénomènes de dénutrition que nous venons de voir. Les graisses le fixent également, ce qui explique l'action de l'iodure dans l'obésité; mais, fait paradoxal, quand on emploie des quantités un peu considérables et prolongées d'iodure, l'engraissement succède à l'amaigrissement; il est vrai qu'il s'agit alors plutôt de dégénérescence grasseuse.

L'iodure draine donc les tissus de l'organisme et, dans les tissus, il détermine la destruction des éléments albuminoïdes et graisseux dont il entraîne les déchets dans la circulation et dans les urines. J'ajoute que le catarrhe laryngo-bronchique s'explique très bien par cette transsudation du sérum déterminée par l'iode; de même l'oedème de la glotte.

QUELQUES FAITS PRATIQUES POUR TERMINER.

L'iodure de potassium ne s'absorbe pas par la peau; d'ailleurs, les solutions dans l'eau ne s'absorbent pas; par exemple, un bain mercuriel ne donne pas d'accidents. L'iode de la teinture d'iode s'absorbe, au contraire, car ce sont les vapeurs qui s'absorbent. Chez les enfants, l'emploi de la teinture d'iode peut déterminer de la néphrite, c'est pourquoi il ne faut pas faire chez eux un usage immodéré de la teinture d'iode.

L'iodure de potassium se décompose très facilement, même sous la seule influence de l'air et de la lumière, aussi les vieilles solutions d'iodure devront donc être formulées de manière à être consommées dans un laps de temps relativement court.

Je vous ai parlé de la facilité avec laquelle on décèle l'iode à l'aide de l'amidon. Il se forme, à froid, de l'iodure d'amidon dont la coloration bleue disparaît à une température modérée (+80°), pour réapparaître par le refroidissement. Une température supérieure, l'ébullition, détruisent complètement la coloration, par suite de décomposition de l'iodure d'amidon et volatilisation de l'iode. La réaction avec l'amidon est tellement sensible qu'elle permet de déceler des traces d'iode, elle s'obtient encore avec une solution contenant 1/500000 d'iode.

Quelques formules.—Voici une formule inscrite au Codex et prescrite sous le nom de soluté d'iodure de potassium iode :

Iode.....	à 5 gr.
Iodure de potassium.....	
Alcool.....	50 gr.
Eau.....	50 gr.

On réserve cette formule plutôt pour l'usage externe.

La seconde formule, due à Lugol, sert pour l'usage interne.

Iode.....	20 centigr.
Iodure de potassium.....	40 centigr.
Eau.....	1 litre.

Un verre à bordeaux renferme environ 12 milligr. d'iode.

On peut rendre cette formule très avantageusement gazeuse au moment de l'emploi, en versant dans le verre un mélange de 15 centigrammes de bicarbonate de soude et de 15 centigrammes d'acide citrique.

Pour l'emploi de l'iodure à hautes doses, la solution aqueuse suffit; on prend soin de l'administrer mêlée à un verre de bouillon, de lait ou de bière. Le sirop d'écorces d'orange amère masque bien la saveur de l'iodure.

À petites doses, l'une des deux formules suivantes donne des résultats appréciables (Brissemoret et Joanin):

Première formule :

Iodure de potassium.....	2 gr. 50
Eau distillée.....	30 " "
Sirop de sucre.....	40 " "
Curacao blanc.....	80 " "

Une cuillerée à soupe renferme vingt-cinq centigr. d'iodure.

Deuxième formule:

Iodure de potassium.....	25 gr.
Sirop de sucre.....	350 gr.
Anisette.....	150 gr.

Une cuillerée soupe renferme 1 gr. d'iodure. (Fournier).

Le Codex renferme la formule d'un sirop d'iodure de potassium contenant 50 centigr. de ce sel par cuillerée à soupe. Dans ce sirop préparé depuis longtemps, une partie de l'iode du sel, mis en liberté sous l'influence de la lumière, doit avoir contracté avec le tannin et les matières extractives des écorces d'oranges, une combinaison voisine de celle qu'il forme avec le sirop de raifort.

D'une façon générale, nous avons vu que les solutions d'iodure ne se conservaient pas longtemps à la lumière. Aussi, avons-nous dit, ne faut-il les formuler que pour être utilisées en un temps relativement court. Pour une raison analogue, les pommades

à l'iodure de potassium devront comporter peu de véhicule. On peut les formuler sur ce modèle (Brissemoret et Joanin):

Iodure de potassium	2 gr.
On prescrira de dissoudre dans :	
Eau distillée	2 gr.
Puis d'ajouter :	
Axonge benzoinée	10 gr.

Cette pommade est au dixième.

(Gaz. méd. belge)

Coq-a-l'ane médicaux

Le pari.

Il y a bien des années, une vieille personne de la campagne se présente au cabinet de consultation d'un célèbre médecin de Londres, pour des ulcères à la jambe. Elle exhibe sa jambe; le grand docteur est dégoûté de la malpropreté du membre et en fait des remontrances à la commère. Celle-ci lui dit: "Mon-sieur le docteur, vous me grondez, vous êtes bien fier, mais vous n'avez pas raison, car même dans cette maison on pourrait trouver une jambe encore plus sale que celle-ci, et je suis prête à vous en parier une guinée."

Le médecin, quoique indigné de cette insinuation, par curiosité, accepte la gageure. Alors la bonne vieille, bien tranquillement, expose, à l'ébahissement du grand médecin, . . . son autre jambe, en disant: "J'ai lavé la jambe malade avant de venir vous voir." Et cette jambe non lavée a convaincu le docteur, car il y avait des preuves de conviction.

Rhumatisme articulaire.

Robinson considère la prescription suivante comme excellente dans les cas "aigus": Menthol, 1 dr.; acide salicylique, 2 dr.; salicylate de méthyle, 1 dr.; alcool, à 1 once. Les articulations sont badigeonnées, recouvertes légèrement de coton hydrophile, d'une soie huilée et d'un bandage. Dans les cas "sous-aigus" et les cas "chroniques," les meilleurs résultats sont obtenus avec un onguent d'ichtyol à 33 pour 100 ou un glycérolé à 20 pour 100, et l'emploi, longtemps continué, à l'intérieur, d'ichtyol et d'iodure de potassium.

(Merck's Arch)

Le traitement du bubon

A. H. Leuf, ("Med. Counc.") conseille de tenir les intestins libres et de cautériser le chancre mou

avec de l'acide nitrique ou le cautère actuel, après anesthésie à la cocaïne ou à l'acide phénique pur. La suppuration pourra être empêchée par le repos au lit et l'usage de la mixture suivante :

Ichtyol	2 drachmes.
Ext. fl. belladone	2 "
Teint. d'aconit	2 "
Ext. fl. d'hamamélis	2 "

On peut faire, en même temps, des badigeonnages à la teinture d'iode "autour" de, mais ~~not~~ sur la glande. Les cataplasmes sont souvent utiles. Le meilleur médicament est le sulfure de calcium, à la dose de un dixième de grain, toutes les heures, comme préventif de la suppuration, et trois ou quatre fois cette dose lorsque la suppuration est établie. Une suppuration inévitable est cependant plus justifiable de l'excision. Lorsque l'on ouvre un bubon, il faut une bonne incision et l'évacuation complète du contenu, puis un pansement au permanganate de potasse, à l'acide carbolique (5 à 10 pour cent), au baume du Pérou, etc. Les bubons syphilitiques requièrent un traitement spécifique.

Le traitement de la tuberculose par l'administration d'urée

H. Harper rapporte encore ("Lancet") une série de cas traités par ce remède. Il se base sur le principe que les personnes deviennent susceptibles à l'action du bacille parce qu'elles ne possèdent pas dans leur système un taux suffisant d'urée, de substances azotées. Pour lui, l'azote et les produits azotés seraient les remèdes par excellence contre le bacille de la tuberculose, et l'urée serait un spécifique, au même titre que le mercure, les salicylates, mais elle n'aurait de valeur réelle que lorsque le bacille de Koch est le microbe qui prédomine. Les cas auxquels elle convient sont: 1°. La tuberculose pulmonaire circonscrite, l'expectoration contenant peu d'autres microorganismes que le bacille de Koch; 2°. Les glandes tuberculeuses; 3°. La pleurésie tuberculeuse; 4°. La laryngite tuberculeuse; 5°. Le lupus; 6°. La péritonite tuberculeuse; 7°. L'hydrécéphalie de l'enfant; 8°. Le tabes mesenterica.

Les conditions dans lesquelles l'urée est peu avantageuse sont: 1°. La phtisie avec autres microcoques en prédominance; 2°. La tuberculose miliaire aiguë; 3°. La gastrite; 4°. Les dernières étapes de la maladie; 5. Une température au-dessus de 101° F.

On administre d'abord de 10 à 15 grains, trois fois par jour, puis on augmente graduellement jusqu'à 40 ou 60 grains.

NIBB.

Supplement Litteraire

Le theatre de l'avenir

Le vif succès que les médecins ont obtenu au théâtre, ces temps derniers, encourage les directeurs à donner désormais au public des pièces médicales, voire médicinales.

Comme on ne saurait trouver, du jour au lendemain, des "pièces à thèse," traitant de toutes les maladies qui affligent notre pauvre humanité, on s'est borné à modifier un peu les pièces du répertoire comique et du répertoire dramatique.

Au Théâtre-Français, M. Claretie a mandé M. Brieux, l'auteur des "Avariés," et l'a prié de modifier dans le sens pathologique "On ne badine pas avec l'amour."

De même, telle pièce de M. Bornier deviendra "Rhume vaincu" et l'on dit grand bien d'une reprise du "Chancre de M. Poirier."

A l'Opéra, théâtre du "Dr. Faust," on s'occupe du "Roi de l'aorte" et d'un drame lyrique sur l'opération de l'appendicite: le "Trou ouvert." Cependant, l'Opéra-Comique, l'actif M. Carré change le titre de la "Traviata" pour celui de la "Tuberculeuse," et, pour les vieux abonnés, il reprend les "Bosses de Jeannette." Il serait aussi question d'un opéra posthume de Verdi sur l'ovariotomie: "Possi fan tutte l'!"

Au Château-d'Eau, Mme Simon-Girard, après la "Fille du Médecin-Major," jouera "Mlle Carabin" et les "Cloques de Corneville."

Aux Bouffets, une reprise de la "Masse-Côte" s'impose.

Tandis qu'au Palais-Royal M. Charlot met en répétition le succès de Labiche: "l'Affaire de l'Hôpital Lourcine," M. Micheau hésite entre la "Dame de chez Ricord" et une pièce sur les sages-femmes, que M. Capus doit lui livrer: "la Petite Tortionnaere."

La Porte-Saint-Martin annonce "les Clystères de Paris."

M. Samuel garde sa pièce à succès, en modifiant son affiche, qui portera désormais: "L'Artère."

Après "la Fille du Garde-Malade," l'Ambigu reprendra "la Closerie Desgenettes."

Et il n'est pas jusqu'aux Bouffes-du-Nord qui ne nous promettent une reprise de "la Maison du Doucheur."

Enfin, le personnel de l'Odéon étudie "Kean," jouera sous le titre de "Peau ou Désordre et Génie" (prière de prononcer à la française).

(Gaz. Méd. belge.)

Un accouchement chez les brigands d'Europe

On connaît l'enlèvement, par des brigands, d'une missionnaire américaine et de la femme d'un pasteur protestant, en Turquie.

Le plus étonnant de toute l'aventure, de Miss Stone et de Mme Tsilka, c'est l'épisode de la délivrance de Mme Tsilka et de ses suites, qui fait penser au récit évangélique de la fuite en Egypte, racontée de la sorte par G. Stiegler.

"On a peine à croire que, dans ces conditions extraordinaires, une femme ait pu développer une grossesse, la mener à bien, avoir un enfant bien portant, le nourrir et se relever, sans être elle-même malade. Ces faits invraisemblables sont pourtant vrais. Mme Tsilka, enceinte, est montée à cheval, paraît-il, jusqu'au dernier jour; elle a accouché de sa fillette, qui a aujourd'hui sept semaines, sans interrompre sa pénible vie de pérégrinations. La nuit même qui a suivi la naissance du bébé, elle était encore à cheval. Cette petite femme mince a montré une énergie qu'il ne faut pas appeler mâle, malgré l'habitude, parce que les femmes ont souvent plus d'endurance que les hommes. Comment n'est-elle pas tombée malade?"

Comment a-t-elle échappé à la fièvre puerpérale et à la péritonite? C'est ce que j'ignore, et c'est ce que beaucoup de médecins se demandent sans doute en vain. Quant à la fillette, c'est, suivant l'expression consacrée, une enfant superbe. Cette petite, qui est née à cheval, pour ainsi dire, a un teint brun de moricaude. Les captives ont toujours été sous la conduite de deux brigands seulement. Dans les marches nocturnes, l'un deux suivait à pied, portant le bébé dans ses bras et le protégeant avec le plus grand soin contre les moindres accidents, l'enveloppant, le tenant au chaud."

Pour rares que soient désormais, en Europe, les accouchements de cette nature, ils sont loin d'être incompréhensibles pour les médecins, quoi qu'en pense M. Stiegler.

Si Mme Tsilka n'a pas eu de péritonite et de fièvre puerpérale, cela prouve simplement qu'elle "n'a pas été infectée;" ce qui se comprend assez, puisqu'elle a accouché "seule," sans aucun intermédiaire. Je ne suppose pas, en effet, que le brigand, préposé à sa garde, ait eu une exploration vaginale à faire, pour reconnaître la position de la tête? Jadis, aux temps préhistoriques, en Europe, oui ou non centrale, les femmes accouchaient ainsi. Mme Tsilka a donc accouché aussi simplement qu'on le faisait à cette époque.

(Ibid)

LA DUREE DE LA VIE HUMAINE

D'après un journal anglais, tandis qu'au XVII^e siècle la moyenne de la vie humaine ne dépassait pas treize ans, aujourd'hui, sur 1,000 citoyens de la Grande Bretagne, plus de 100 atteignent l'âge de 73 ans, trente-huit vivent 85 ans, et deux arrivent jusqu'à 95, — la moyenne générale étant d'environ 38 ans.

"The Lancet" attribue le record de la longévité à un nommé Michel Solis qui vivait à Bogota en 1878 et qui prétendait être âgé de 184 ans. Une enquête minutieuse faite à ce propos réduisit à 180 le nombre de ses années. Ces Solis vivait encore en 1898. De façon qu'en supposant qu'il se soit décidé à mourir cette année-là, il aurait vécu 198 ans.

Un autre exemple célèbre de longévité est celui de Thomas Parr, qui naquit en 1483 et mourut en 1635, à l'âge de 152 ans.

Malheureusement, le Dr Young, qui vient de publier un livre intéressant sur "les Centenaires" met en doute la réalité de ces vies extraordinaires. D'après Owen, la limite de la vie humaine ne pourrait guère dépasser 105 ans. Mais Young cite un cas indiscutable qui prouve que la règle fixée par Owen n'a rien d'absolu.

Une dame Elisabeth Hambury, née le 9 juin 1793, est morte le 31 octobre 1901. Elle a donc vécu 108 ans et 144 jours. Sa naissance est dûment enregistrée sur le registre tenu par la Société des Amis. Ce registre se trouve actuellement à Somerset House. Comme preuve, collatérale, on peut mentionner que sa mère mourut en 1795, c'est-à-dire 106 ans avant sa fille ; et d'autre part on sait qu'un autre enfant qui vécut seulement quelques jours, était venu au monde postérieurement à la naissance d'Elisabeth.

Les registres d'une des paroisses de Dublin mentionnent encore un fait plus remarquable. En l'année 1772, un nommé Pat Stephens, âgé de 109 ans, conduisit à l'autel une dame Berry qui avait atteint l'âge peu nuptial de 102 ans.

GAVARNI, PRECURSEUR DU PROFESSEUR MAREY

Il a été beaucoup parlé de Gavarni ces derniers temps.

On nous a tour à tour entretenu de ses multiples talents : de dessinateur, de caricaturiste, d'architecte, de mathématicien, de boxeur et d'inventeur.

De l'inventeur, il est difficile de juger les découvertes, la plupart de ses recherches étant restées à l'état d'ébauches plus ou moins informées dans les papiers de l'artiste. Si nous en croyons pourtant les Goncourt auxquels Gavarni fit maintes confidences, il y aurait lieu de ne pas tant mépriser que cela les conceptions de ce cerveau génial, toujours en gésine.

On a cherché à le ridiculiser, en lui prêtant de

prétendus travaux sur la direction des ballons. Jamais il ne s'est occupé des ballons, qu'il regardait simplement comme une idée ingénieuse, mais sans avenir. Par contre, plusieurs fois, il a entretenu ses amis d'un moyen qu'il cherchait pour, sans arrêter un train lancé à toute vitesse, débarquer des voyageurs et prendre du charbon.

En 1854, au moment du siège de Sébastopol, il affirmait avoir trouvé un canon inenclouable.

Il était très souvent question, dans sa conversation, d'une nouvelle notation de la musique ; et, ceci est beaucoup plus intéressant pour nous, il se serait longtemps préoccupé de la construction d'un appareil destiné à mesurer les battements du cœur, une invention qui devait beaucoup ressembler à l'instrument scientifique, connu maintenant sous le nom de *cardiographe*.

"An fond, dans le cours de ses recherches, ce n'était conclut Goncourt, que par hasard que Gavarni s'arrêtait quelques temps à quelque chose qui fût d'une utilité humaine. Il se détournait de toute application pratique pour s'enfermer dans la mathématique toute pure et toute idéale."

Il est fort à gager néanmoins que ses titres de mathématicien et d'inventeur ne seront pas inscrits sur la stèle qui rappellera aux généraux futures ses titres à l'immortalité.

(Chronique méd. — Gaz. méd. Belge.)

PAIN ET MICROBES

La question des germes apportés par l'eau servant à la panification a été tranchée en diverses circonstances de différentes façons.

Tandis que les uns concluaient à la stérilisation du pain à la sortie du four, d'autres, au contraire, soutenaient que ces germes pouvaient conserver leur activité dans le pain après la cuisson.

Des expériences toutes récentes, entreprises par MM. Balland et Moisson à l'hôpital militaire de Vincennes ont démontré le contraire : le pain et le biscuit de nos manutentions militaires étaient stériles à leur sortie du four. Voici du reste les conclusions de ces expériences.

1^o Les microbes apportés par l'eau dans le travail de la panification ne résistent pas à l'action combinée de l'acidité des pâtes et de la température à laquelle ces pâtes sont exposées au four.

2^o Ces deux facteurs (activité et chaleur) assurent pratiquement la stérilisation du pain et du biscuit. Certaines spores connues par leur résistance aux températures élevées peuvent seules conserver leur activité et se développer ultérieurement dans certaines conditions particulièrement favorables.

3^o Au moment où l'activité diminue sensiblement comme dans les pâtes préparées avec les levûres, la stérilisation n'est plus assurée au même degré :

4^o Dans tous les cas, les germes pathogènes, le bacille typhique et bacille du choléra en particulier, qui offrent tous une moindre résistance à la chaleur doivent nécessairement être détruits.

Travaux Originaux

FAUT-IL FORMER LES JEUNES GENS QUI SE DESTINENT AUX PROFESSIONS LIBERALES PAR L'ETUDE DES HUMANITÉS OU PAR L'ETUDE DES SCIENCES

par M. le Dr L. E. FORTIER,

Professeur agrégé à l'université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu (Montréal).

(Suite)

“L'on veut bien dire qu'après tout nous ne pratiquons qu'un métier; admettons-le. Mais quel'on nous permette de constater que le philosophe qui affirme qu'une éducation libérale n'est pas nécessaire à un tel artisan, n'est qu'un vulgaire “utopiste,” sans aucune connaissance des forces de l'intelligence humaine. A l'heure actuelle un ouvrier chirurgien doit être un gentilhomme bien formé, habitué par une bonne éducation classique, à se servir de sa langue maternelle couramment, avec facilité et sans confusion. Il doit posséder les principes fondamentaux du raisonnement, que lui inculquera l'entraînement mathématique. Mais la meilleure formation est, sans contredit, celle que requiert le baccalauréat ès-arts.

Le Duc de Devonshire, dans un discours qu'il prononçait en 1898 devant une chambre de commerce de Londres, ne pouvait s'empêcher de reconnaître les merveilleux progrès de l'Allemagne en matière industrielle; il n'hésitait pas à reconnaître que ce progrès était en grande partie dû à la formation classique de ceux qui dirigeaient ces établissements; il demandait, non pas l'abolition du grec et du latin, mais la dissémination en Angleterre, d'un plus grand nombre de maisons où l'on donnerait une éducation basée sur l'étude des humanités.

Aux Etats-Unis, depuis quelques années surtout l'on s'occupe beaucoup de cette question d'éducation préliminaire à l'étude de la médecine. A l'une des dernières réunions annuelles de l'Académie Américaine de Médecine, le Dr J. E. Emerson, de Détroit, disait dans un rapport qui fut adopté à l'unanimité, que la culture préliminaire idéale était l'éducation classique. Il soupirait après le jour où tout étudiant dans un collège de médecine américain serait por-

teur d'un degré de bachelier. Il basait ses affirmations sur des statistiques recueillies dans les différentes écoles de médecine, ainsi que sur les rapports du Bureau de Santé de l'Illinois.

Le Dr David Starr Jordan, A.M., M.D., président de l'Université de l'Indiana, dans un travail sur l'éducation générale du médecin, donnait en 1893, les statistiques suivantes et les commentait:

“ Il y a dans la médecine, moins d'hommes instruits que dans les autres professions; alors que le clergé compte un bachelier sur quatre de ses membres, que le barreau en compte un sur cinq, la profession médicale n'en compte qu'un sur douze. L'on dit que les médecins, en général, ne prennent pas leur part dans les progrès de la science. Si tel est le cas; si nous constatons, d'un autre côté, que la culture générale leur fait défaut, ne devons nous pas voir là une relation de cause à effet? Le remède ne devrait-il pas être d'exiger une meilleure formation de tous ceux qui demandent leur admission à l'étude. Fermer la porte à l'ignorant, à l'homme nul, au paresseux; et réserver l'enseignement de nos écoles de médecine à ceux qui peuvent apporter à leur travail, les instincts, la tradition et la formation classique?” La culture générale du médecin doit avoir été faite au collège.

Les exigences du baccalauréat sont-elles trop considérables? Les statistiques ne permettent pas de soutenir une telle opinion. Le médecin instruit sera toujours l'homme de science; celui dont la formation aura été défectueuse sera l'empirique et le charlatan. Dans toute profession, l'inspiration et l'exemple des hommes instruits sont la meilleure garantie que la génération qui suivra, sera, elle aussi, bien cultivée.”

Le professeur Alfred L. Loomis, de New York, dont personne ne saurait nier l'entière compétence en matière d'éducation, prononçait les paroles suivantes devant une assemblée de l'Académie de Médecine de New-York, en février, 1889.

Assurément si l'on comprend les leçons que nous donne ce dernier quart de siècle, si l'on réalise la nécessité d'avoir des travailleurs sérieux dans toutes les branches des connaissances humaines, l'on ne peut manquer d'acquiescer la conviction qu'une culture d'esprit plus haute et plus large est nécessaire chez tous ceux qui se présenteront pour ces diffé-

rentes sphères de travail: cela est surtout évident pour ceux qui se destinent à la médecine.

Comment y parviendrons-nous? Les examens préliminaires que l'on propose au commencement des études sont loin de résoudre la question. Il est presque ridicule de croire que quelques questions de mathématiques, les éléments de physique et les rudiments du langage, soient un critérium satisfaisant de l'aptitude d'un jeune homme à l'étude de la médecine.

Aussi longtemps qu'une formation sérieuse ne sera pas requise pour l'admission à l'étude de la médecine, aussi longtemps l'instruction reçue dans nos collèges de médecine sera incomplète et insuffisante. Les vices de la formation première ne sauraient être réparés par l'excellence de l'enseignement professionnel. L'équilibre de l'esprit, la subtilité de la perception, la finesse d'analyse, le pouvoir intellectuel qui permette de distinguer entre le fait et l'imagination, ne peuvent être cultivés si l'esprit n'a pas été formé par une bonne discipline, dès la jeunesse.

Le Dr J. S. Billings, chirurgien général de l'armée américaine, que sa haute position officielle tenait constamment en rapport avec les médecins des Etats-Unis, écrivait dans le "Forum," que si l'on veut avoir des élèves d'une culture convenable, il faut exiger d'eux le degré de bachelier d'une bonne université." Si le jeune homme, ajoute-t-il, n'a pas les moyens d'argent ou de temps, nécessaires pour se donner une formation qui lui permette d'étudier la médecine d'une manière sérieuse et avec fruit, il ferait bien mieux de se lancer dans d'autres entreprises, moins intellectuelles, où il serait moins dangereux et plus utile à la société.

Ici, au Canada, dans les professions, dans la magistrature, dans la politique, les gradués de nos collèges brillent au premier rang.

Nos compatriotes d'origine étrangère se plaisent à reconnaître la valeur de notre enseignement classique. C'est ainsi que le Professeur Grant, recteur du Queen's University, de Kingston, écrivait dans un ouvrage sur le Canada: "Les membres Canadiens-français du parlement, en conséquence probablement de la formation classique qui est la base de leur éducation, sont de beaucoup supérieurs à leurs confrères de langue anglaise, par la clarté de leur langage et par la grâce de leur style; même lorsqu'ils parlent en

anglais, ces qualités sont remarquables."

Nous lisions, dernièrement, dans le "Montreal Medical Journal," les remarques suivantes au sujet des élèves anglais qui étudient la médecine:

"Non seulement au Canada, mais dans toute l'Amérique du Nord, si nous en jugeons par les élèves qui nous arrivent de toute part, l'enseignement reçu à l'école est si peu soigné que l'étudiant en médecine ordinaire n'est pas capable d'écrire un anglais convenable; son éducation est si peu soignée qu'il lui est impossible de s'exprimer clairement. S'il a appris des faits et des dates, il n'a pas appris à s'exprimer, et, par conséquent, il n'a pas appris à penser.

Voilà, croyons-nous, la grande faiblesse de notre enseignement préliminaire, faiblesse qui se fera sentir dans toute l'existence d'un homme.

Bien qu'il paraisse être passé dans nos habitudes de décrier l'éducation reçue par nos compatriotes de langue française, nous sommes forcés d'admettre que sous ce rapport, l'éducation française de la Province est supérieure à celle que reçoivent nos jeunes compatriotes de langue anglaise.

Le Docteur Hubert Larue, savant distingué, l'un de nos observateurs les plus délicats, qui fut pendant plusieurs années professeur à la faculté de médecine de l'Université Laval de Québec, écrivait dans un travail sur l'Education, se basant sur son expérience.

"Quant à l'étude du grec et du latin, son utilité ne laisse aucun doute dans mon esprit. Elle développe le jugement, nourrit l'intelligence, mieux que ne le pourrait faire aucune autre étude. Nul jeune homme ne devrait être admis à l'étude des professions libérales, s'il n'a suivi un cours d'études classiques. Ce n'est que par ces études longues et minutieuses que l'intelligence acquiert ce plein développement que réclame impérieusement l'exercice de ces professions pleines de responsabilité."

Devant la convention des Canadiens-français de toute l'Amérique, qui avait été convoquée pour la célébration de la St-Jean-Baptiste, à Montréal, en 1874, l'honorable P. J. O. Chauveau, alors ministre de l'instruction publique dans cette province, prononçait les paroles suivantes:

"Gardons-nous de restreindre notre enseignement classique et supérieur, auquel nous devons tant de succès. Nos rivaux des autres origines ont fait

d'heureux efforts pour faire disparaître la supériorité qu'ils admettent chez nous sur ce point, et que Lord Durham a constaté lui-même dans son rapport. Ne nous hâtons point de déposer une si belle couronne, parons-la de tous les accessoires utiles que nous voudrions, mais de grâce, ne la laissons point tomber du front de notre jeune nation. C'est la culture des lettres qui élève les idées, qui fortifie les plus généreuses dispositions de l'homme; c'est elle qui rayonnant de nos collègues, a conservé la distinction et la véritable noblesse des sentiments, et a été l'une des sources les plus vives du patriotisme et de l'honneur civique."

Dans notre pays mixte, nos compatriotes marchent avec honneur à la tête des parlements, de la magistrature, du commerce et de l'industrie, aussi bien que des professions libérales.

A quoi doivent-ils le nom enviable qu'ils ont su conquérir? Est-ce à leur fortune? Est-ce à leur naissance?

Personne ne le soutiendra.

Ce qu'ils sont, ils le doivent à leur formation classique, à la culture intellectuelle qu'ils ont reçue dans nos collèges.

Que de raisons, que de témoignages, et de tous les peuples, ne pourrions-nous apporter en faveur de l'étude des humanités, comme moyen de formation intellectuelle.

N'insistons pas.

Que voulons-nous que soient nos successeurs de demain? Que voulons-nous que soit la noble profession à laquelle nous appartenons? Avons-nous à cœur de la voir briller au premier rang parmi les professions libérales? Voulons-nous avoir des médecins éclairés, dévoués, sérieux et instruits; ne cherchons pas à reléguer dans l'ombre, un enseignement d'une valeur reconnue. Elargissons notre horizon—avant de former des érudits, formons des hommes.

L. E. FORTIER.

Coq-a-l'ane médicaux

Traitement de la variole par la levure de bière

S. Pietri, de Nice, a traité par cet agent deux cas

de variole confluente, à la dose de cinq ou six cuillerées à soupe de levure fraîche, par jour, et il en a obtenu les meilleurs résultats: guérison rapide; pas de suppuration et pas de cicatrices.

Incontinence d'urine chez la femme

G. C. Parnell ("B. M. J.") recommande de badiageonner le col de la vessie au moyen d'un stylet, à travers un spéculum de fil de fer, avec de fortes solutions de nitrate d'argent, 1 à 10 grains à l'once. La patiente doit rester au lit pendant vingt-quatre heures et on répète les applications tous les quatre ou cinq jours. Il y a eu des guérisons frappantes.

Golconde vésicale

Le médecin—"J'en viens à la conclusion que vous avez une pierre dans la vessie."

Solomon Isaacstein, (se frottant les mains)—"Eh, croyez-vous, docteur, que c'est un diamant!"

Sécherie du cuir chevelu

Dyer ("Med. Rev. of Rev.") donne comme spécifique l'application de résorcine, 3 à 5 pour 100, dans du bay rum. Mais il faut absolument abandonner les brosses. Aux cheveux gris, la résorcine imprime une coloration jaunâtre, que l'on peut éviter en ajoutant un peu d'acide salicylique à la solution. S'il y a une raison pour ne pas employer la résorcine, on peut se servir d'une solution de chloral, à 2 ou 5 pour 100, ou de naphthol, 20 grains à l'once.

Les fraises

Des fraises, Porte et Desmoulières ont isolé de l'acide salicylique cristallisé. Les rhumatisants vont jouir enfin.

Pas au complet

La gentille New-Yorkaise, en entendant chanter le bel enfant de chœur, à Rome, s'écrie:—"Ah! quelle belle voix, mais il y manque quelque chose!"

NIRE.

NOUVELLES.

MARIAGE :—

A Ste Anne des Plaines, le 23 juin dernier, le Dr A. Gauthier, M. D., fils de M. Alphonse Gauthier, de St Lin, conduisait à l'autel mademoiselle Marie-Louise Beine Villeneuve, fille de F. Villeneuve, notaire.

TABLES DES MATIÈRES

Travaux Originaux

<p>A</p> <p>Aliénés. Les — au Canada, par M. le Dr E. P. Chagnon... 489, 505</p> <p>Analgesie obstétricale par la cocaine en injection spinale de la région l'ombaire, par M. le Dr J. C. S. Gauthier..... 313</p> <p>Asepsie. De l'— dans la vaccination, par M. le Dr Z. Rhéaume 193</p> <p>B</p> <p>Bactériologie. Leçon d'ouverture du cours de— à l'Institut Pasteur, par M. le Dr H. Lasnier 49, 61</p> <p>Blennorrhagie. Rétrécissements —, par M. le Dr H. Lasnier... 97</p> <p>C</p> <p>Chloral comme vésicant, par M. le Dr M. T. Brennan..... 393</p> <p>Clinique. —de M. le prof. Tillaux 73</p> <p>Coccyx. Kystes multipliés et tumeur fibreuse congénitax coccygiens, par MM. les Drs M. T. Brennan et Choquette..... 361</p> <p>Correspondance parisienne, par M. le Dr Z. Rhéaume..... 632</p> <p>E</p> <p>Etude des humanités ou par l'étude des sciences. Pour former les jeunes gens qui se destinent aux professions libérales par M. le Dr L. E. Fortier 665, 681, 697, 713</p> <p>F</p> <p>Fumée de tabac. La — en bactériologie, par M. le Dr G. Desprez 617</p> <p>G</p> <p>Gymnastique sans appareils, par M. le Dr P. E. Provost. 457, 473</p>	<p>Gynécologie. Une nouvelle position pour l'examen gynécologique, par M. le Dr M. T. Brennan..... 329</p> <p>H</p> <p>Hémorrhagies. Les — chez le nouveau-né, par M. le Dr W. J. Dérome..... 133</p> <p>Hydrosalpinx. Un cas d'—, par M. le Dr François de Martigny 345</p> <p>Hydrothérapie. Quelques notes sur l'—, par M. le Dr Chs De Blois 553</p> <p>Huile d'olive stérilisé. De l'emploi de l'— dans les opérations abdominales, par M. le Dr M. T. Brennan..... 441</p> <p>I</p> <p>Intestin. Les perforations intestinales et leur traitement, par M. le Dr H. Lasnier..... 521, 537</p> <p>Intoxication aiguë. De l'— par le trional, par M. le Dr Z. Rhéme..... 241</p> <p>Inversion utérine. De l'intervention abdominale dans l'— irréductible, note complémentaire, par M. le Dr M. T. Brennan... 121</p> <p>— irréductible, par M. le Dr M. T. Brennan..... 229</p> <p>K</p> <p>Kystes. Etude clinique des — de l'ovaire, par M. le Dr H. Lasnier..... 157</p> <p>— multipliés et tumeur fibreuse congénitax coccygiens, par MM. les Drs M. T. Brennan et Choquette 361</p> <p>M</p> <p>Maléna chez le nouveau-né. Un</p>	<p>cas rapidement fatal de—, par M. le Dr M. T. Brennan..... 650</p> <p>Métrites: Les —, par M. le Dr H. Lasnier. 265</p> <p>O</p> <p>Opération césarienne, par M. le Dr Albert Laurendeau..... 289</p> <p>Ophthalmomètre. De l'emploi de l'— dans le diagnostic des erreurs de réfraction, par M. le Dr B. St. John Roosa..... 649</p> <p>Ostéopathie systématisée, par MM. les Drs Alph. M. F. Mercier et Arthur Bernier..... 277</p> <p>P</p> <p>Palais. Traitement chirurgical des divisions de la voûte palatine, par M. le Dr Truman W. Brophy..... 1, 13, 25</p> <p>S</p> <p>Sciatique. Un cas de — rebelle. Traitement par le bleu de méthylène et les bains hydro-électriques. Guérison, par M. le Dr Damien Masson..... 109</p> <p>Sinusites. Les— (suppuration des cavités de la face), par M. le Dr R. Boulet..... 37</p> <p>Syphilis. — tertiaire; observation, par M. le Dr Jébin-Prume..... 409, 425</p> <p>V</p> <p>Vaccination. A propos de—, par M. le Dr J. E. Laberge..... 377</p> <p>Vessie. Des ulcérations vésicales et en particulier de l'ulcère simple de la—, par M. le Dr René Le Fur..... 569, 585, 601</p>
--	---	---

Revue des Journaux

<p>A</p> <p>Aboès. Contribution à l'étude du traitement des — urinaires..... 209</p> <p>Les — de neutralisation dans les maladies infectieuses..... 279</p> <p>Aboès sous diaphragmatiques. Les —..... 639</p> <p>Abdomen. Moyen de déceler un épanchement liquide localisé ou une collection kystique dans l'—..... 136</p> <p>Quelques nouvelles observations de plaies perforantes de l'—... 509</p> <p>Ablation. Six cas d'— par le périmé de la prostate hypertro-</p>	<p>phiée..... 673</p> <p>Acide citrique. Dans le rhumatisme..... 225</p> <p>Acide lactique. Dans le traitement de la pelade..... 45</p> <p>Acide oxalique. Sur un mode spécial d'empoisonnement par l'— d'origine alimentaire et par réaction chimique. 86, 99</p> <p>Acide picrique. Traitement des ulcères variqueux par l'—..... 138</p> <p>Acide salicylique. L'—contre les verrues..... 418</p> <p>Acné vulgaire. Le traitement externe de l'—..... 496, 511, 528</p>	<p>Accouchements. Procédé facile et sûr pour éviter la déchirure du périnée dans les — au forceps..... 59</p> <p>Actinomycoze. —de la joue..... 54</p> <p>Adénites. Le traitement des — tuberculeuses..... 307</p> <p>Adénopathies. Des— péri-appendiculaire dans l'appendicite..... 348</p> <p>Adipose. L'— douloureuse..... 88</p> <p>Addison. Cas atypique de maladie d'—..... 20</p> <p>Albuminurie. L'— consécutive Alimentation. De l'—rectale..... 556</p> <p>aux bains froids..... 278</p>
--	---	--

Alcool. — et acide carbolique. . 164
 Du rôle de l'— en pathologie mentale..... 253
 Pneumonie et alcoolisme..... 254
 Aldéhyde formique ou formaline. La désinfection par l'—..... 515
 Allaitement, Hygiène et pathologie de l'—..... 34
 De l'— par les mères albuminuriques..... 106
 —artificiel; la débilité congénitale 304
 Rachitisme et — artificiel..... 525
 Allaitement mixte. L'—..... 357
 Aménorrhée. Traitement médical de l'—..... 106
 Amibes, Les — dans la dysenterie 653
 Amygdale. L'hypertrophie de l'—linguale..... 526
 Amyle. L'administration du nitrite d'— contre les troubles consécutifs à la rachicocainisation..... 43
 Analgésiques. Deux — locaux presque exempts de toxicité... 453
 Anémie. De l'emploi du fer et des divers métaux lourds dans le traitement des —..... 320
 Traitement médicamenteux de l'— des nourrissons dyspeptiques..... 484
 Anesthésie. De l'—générale par le chlorure d'éthyle..... 172
 Nouveau procédé pour l'— général par le chlorure d'éthyle. 315
 Anesthésie. De l'— en obstétrique par le chlorure d'éther... 688
 Anévrysmes. Traitement des — par la gélatine en injections sous-cutanées..... 75
 Rapport d'un cas artérioso-veineux à l'Hôtel-Dieu..... 329
 La gélatine contre les —..... 490
 De l'inégalité pupillaire dans les — artériels et les affections du cœur..... 492
 — vrais et — faux..... 619
 Angine ou pharyngite granuleuse. De—..... 671
 Aniline blanche. et tuberculose. 187
 Ankyloses. Traitement des— incomplètes 162
 Antéflexion utérine. L'— et la stérilité..... 354
 Aorte. Les ruptures valvulaires de l'—..... 218
 Sur l'aortite abdominale..... 621
 Appareils ambulatoires. Contribution à l'étude des— dans les fractures du membre inférieur 337
 Appendicite. Le traitement de l'—..... 5
 Complications vésicales dans l'—..... 16
 Ectasie de l'—..... 76
 —et fièvre typhoïde. Etude clinique et diagnostic différentiel 101

Des odénopathies péri-appendiculaires dans l'—..... 348
 Contribution à la sémiologie et à la thérapeutique de l'—, 478, 493
 Traitement de la péritonite aiguë en particulier dans l'—.... 653
 Appendiculaire. La pneumonie à forme —..... 130
 Arrhénal. L'— sur action..... 597
 Arsenic. La médication arsénicale..... 341
 L'— dans le traitement de la tuberculose... .. 401
 Artémisine. L'— comme stomachique 46
 Artério sclérose. Traitement de l'— par les injections sous-cutanées de sérum inorganique.. 224
 Arthrite. Traitement galvanique de l'— blennorrhagique..... 142
 Trois syndromes arthritiques chez les enfants..... 189
 De l'— cervicale rhumatismale chez l'enfant..... 201
 Discussion sur le diagnostic pathogénique d'une — du genou..... 245
 L'arthritisme chez les enfants 270
 Discussion sur le diagnostic pathogénique d'une — du genou..... 302
 Asphyxie. Moyen de prévenir l'— dans la présentation du siège..... 557
 Asthme. Les principaux types d'— cardiaque..... 243
 Asystolie. L'— chez le vieillard, son traitement..... 160
 Attentats à la pudeur chez les petites filles. Des difficultés de diagnostic dans les —..... 555

B

Bains. Abus des pansements humides et des — dans les lésions infectieuses des membres..... 338
 Bacilles d'Eberth. —dans les crachats..... 301
 Belladone. De l'action physiologique et thérapeutique de la— sur l'intestin..... 395
 Blennorrhagie. Le traitement de la — par l'acide picrique..... 11
 Traitement rationnel de la — des autres infections catarrhales purulentes génitales chez la femme..... 174
 Les stigmates de la — chez la femme..... 174
 Traitement de la — par les irrigations chaudes d'eau salée.. 271
 Prophylaxie de l'infection blennorrhagique dans le mariage. 343
 La phlébite des membres, complication de l'infection —..... 474
 Blépharite. — oillaire, sa cause lacrymale et son traitement... 146

Bouillon-blanc. Molène — dans le traitement de la tuberculose 705
 Bromures. Mécanisme de l'action des— avec l'hypochloruration 303
 Bronches. La toux de compression et sa valeur pour le diagnostic des rétrécissements des —..... 444
 Bronchites. Traitement des — avec bronchoplégie..... 387
 Traitement de la — simple chez l'enfant..... 530
 Bronchite simple. Traitement de la — chez l'enfant..... 648
 Broncho-pulmonies. Des injections intra-trachéales vraies et directes dans le traitement des affections pulmonaires..... 364
 Traitement de la—des enfants —grippale. Jugulation par l'alcaloïdothérapie Dosimétrique. 619
 Bubons. Le traitement des — par les injections de la solution salée et physiologique..... 192

C

Cacodylate iodo-hydragyrique. Les injections du — dans la syphilis..... 178
 Calomel. Le — dans la syphilis. 548
 Valeur thérapeutique du — dans la grippe..... 691
 Canal-Sacré. L'anatomie du — à propos de la technique des injections sous-arachnoïdienne et épurale..... 148
 Cancer. Traitement du — de l'utérus par le chlorate de soude 8
 La cocaïne contre les douleurs du — de l'estomac..... 31
 La fièvre dans le — et les autres maladies du foie, surtout dans la lithiase biliaire..... 217
 Traitement du — vulgaire et du — par la congélation au moyen du chlorure d'éthyle... 287
 Les varices de la base de la langue signe de — de l'oesophage 301
 Le traitement du — par la quinine 292
 Le — de l'estomac et son traitement chirurgical..... 527
 Traitement des — par les sérum..... 621
 L'évolution du — de l'estomac 639
 Cancers du sein. Rapports des affections chroniques de la peau du mamelon et de l'aréole avec les —..... 184
 Cancroïdes. Traitement des —... 464
 Carbolique. Alcool et acide —. 164
 Cardiopathies. La morphine dans les — et l'urémie..... 297
 Cavité abdominale. Traitement des foyers infections de la —. 686
 Céphalo-rachidien. Sur le cytodagnostic —..... 146

L'état mental, suicide par dyspepsie.....	302	abdominale.....	605, 621	de la — compliquée de fibrome	32
Les lavages de l'—chez l'enfant	399	Formol. Traitement du lupus par des applications de —.....	115	— et fibrome.....	104
Influence de l'— sur l'état mental.....	443	Badigeonnage à la glycérine et au —.....	307	Diagnostic des — gemellaires	283, 291
La douche d'air comme moyen d'exploitation de l'—.....	541	Fractures. De la réduction sanglante des —.....	58	H	
Du cancer de l'—.....	688	Traitement ostéoplastique des — de la rotule avec écartement	65	Hallux-vulgus. L'—.....	351
Examen obstétrical. L'— et la réplétion vésicale.....	482	Contribution à l'étude des appareils ambulatoires dans les — du membre inférieur.....	337	Hanche. L'immobilisation complète de la —.....	337
Expressions du fœtus. L'— par la paroi abdominale.....	558	Traitement des — par le massage.....	416	Conditions que doit remplir un appareil pour réaliser l'immobilisation parfaite de la —.....	365
F		Fracture du calcaneum. — par écrasement.....	495	Hébephreniques. Les —.....	244
Fibrome. Grossesse et —.....	104	Fracture du crâne. Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les —.....	309	Hémorragie. Traitement des — intestinales de la fièvre typhoïde par les grands événements chauds et le chlorure de calcium.....	63
Fibrome utérin. Du — Ses complications.....	367, 383	Frisson. Etude graphique du —.....	336	— utérines; indications et contre-indications de leur traitement électrique, action excitomotrice de l'électricité.....	107
Fièvre typhoïde. Le traitement de la — dans le hoquet.....	9	Furunculose. — et érysipèle des nouveau-nés.....	391	Traitement d'urgence des — utérines non puerpérales.....	510
Traitement des hémorragies intestinales de la — par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium.....	63	G		Hémorragies gastro-intestinales. Contribution à l'étude des — du nouveau né.....	461
La quinine et les bains frais dans la —.....	65	Galactophorite. — et lymphangite du sein.....	355	Hémorrhoides. — et de leur traitement.....	282
— intermittente signe du tumeur du médiastin.....	79	Gants de caoutchouc en chirurgie. sur l'emploi des —.....	430	Hernie. — inguinale étranglée avec perforation de l'intestin au niveau du collet.....	103
Appendicite et — Etude clinique et diagnostic différentiel..	101	Gastralgie.....	474	De la — ombilicale chez le nouveau-né et chez l'enfant.....	190
De la balnéation froide dans la — des enfants.....	114	Gastrites. Le traitement des — chroniques.....	547	La — inguinale congénitale. Traitement.....	281
Remarques sur le traitement de la —.....	188	Gastro-intestinales. Traitement des infections — des nourrissons.....	389	Herpes. Traitement des — récidivants.....	152
Traitement de la — infantile étude comparée des diverses médications.....	357	Gastropathies. De l'emploi du chlorate de soude etc.....	531	Homoptysies. Les — au cours de la grossesse et de l'allaitement.	269
Un moyen très simple d'administrer des bains au cours de la —.....	429	Gelatine. Traitement des anévrysmes par la — en injections sous-cutanées.....	75	Hoquet. dans la fièvre typhoïde et son traitement.....	9
Traitement de la —.....	443	Génitalites. Traitement des.....	137	Le — incoercible consécutif à l'usage de la digitate a haute dose.....	82
Le traitement de la — infantile	480	Glandes canadiennes.....	51, 668	Hydrargyre. L'oxycyanure d'— en thérapeutique.....	144
Fièvre des tuberculeux. Des lotions alcoolisées froides dans le traitement de la —.....	414	Glaucome. Le diagnostic du — et son importance thérapeutique.....	220	Hydrarthrose. Comment doit-on traiter l'— traumatique du genou.....	433
Fissure anale. Traitement chirurgical de la —.....	527	Glome du cerveau. Extirpation, Fistule méningite.....	195	Hydrocèle. Traitement de l'— par l'injection de chlorure de zinc.....	465
Fistules à l'anus. Réunion par première intention des.....	183	Glossite. Traitement local de la — tertie par le sublime.....	342	Hygiène. L'— de la peau chez l'enfant.....	116
Foie. Le — mobile.....	28, 38, 52	Glucose dans les urines. Nouveau procédé pour la recherche du —.....	483	Les églises au point de vue hygiénique.....	235
Sur le mécanisme du rôle d'arrêt du — vis-à-vis des poisons..	85	Goitre. Les injections de teinture d'iode contre le —.....	371	Hypéracite. Contribution au traitement diététique de l'—.....	362
Technique et résultats de l'examen extérieur du — chez les dyspeptiques.....	136	Gonorrhée. De l'influence de la — sur le puerpérium, traitement.....	149	Hypéridroses. Traitement local des —.....	299
Le massage directe du foie — voies biliaires. Etude physiologique, thérapeutique et clinique.....	212	A quel moment peut-on considérer la — comme guérie?... Traitement de la —.....	192, 358	Hypertensions. Les trois.....	125
Thérapeutique générale des maladies du —.....	260, 272	Greffes. Thiersch.....	183	Hystérie. Un cas d'— mâle.....	335
Le massage direct du —.....	331	Grippe. Signe précoce et pathognomonique de la —.....	146	Hystérectomie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus.....	200
Participation du péritoine et de la plèvre aux maladies du — insuffisance hépatique. 571, 587	493, 587	Valeur thérapeutique du calomel dans la —.....	691		
Forceps. Indications et conditions d'une application de —.....	21	Grippe gastro-intestinale. De la — des enfants et des jeunes sujets.....	582, 592		
Fœtus. Les causes de la mort du — pendant la grossesse.....	292	Grossesse. Indication de l'intervention chirurgicale un coins			

I			
Inertie utérine. Le sucre contre l'—.....	223	Traitement du — par des applications de formol.....	115
Infection puerpérale. Traitement de l'—.....	139	— traité par la méthode du Dr Dehlfesen.....	147
Contribution à l'étude des pseudo-infections, et — d'origine intestinale.....	223	Traitement du — vulgaire et du cancer par la congélation au moyen du chlorure d'éthyle.....	287
Le curetage et l'—.....	417	Lymphadénome. Le — tuberculeux.....	350
Traitement de l'—à la clinique Tarnier.....	624	Lymphangites de la verge. Des— consécutives aux affections vénériennes.....	177
Injections salines. — et rétention des chlorures.....	602	Lymphatique du sein. Recherches anatomiques sur les — ...	199
Injections antidiphthérique. Technique des —.....	348	M	
Insuffisance hépatique....	571, 587	Mains. Ulcérations professionnelles des — chez les ouvriers etc	208
Du rôle de l'— dans la genèse des accidents provoqués par certains médicaments.....	637	Maladies de la peau. des principes généraux à suivre dans le traitement des —.....	559
Injections hydrargique iodique. Un correctif pour les —.....	691	Maladie vénérienne. Conseils à donner aux malades atteints d'une —.....	141
Intestin. Du pincement latérale de l'—.....	103	Marche chez l'enfant. La marche normale et les causes du retard de la —.....	202
Suture —.....	104	Marche digitigrade. Un cas de —.....	317
Les lavages de l'—chez l'enfant	411	Massage. Le — dans les maladies des femmes.....	105
Inversion utérine. De l'intervention dans —.....	149	Le —.....	542
Iode et les iodures. L'—.....	705	Massage de l'abdomen. Technique du —.....	346
Iodoforme. L'—.....	611	Massage en gynécologie, Du —.....	575
K		Mastoidite. La — et son traitement.....	232
Kinésithérapie. Du rôle de la — dans le traitement de la scoliose à ses divers périodes.....	404	Médication arsénicale. Des doses utiles des doses maxima dans la —.....	164
Kinésithérapie. Rétro-déviations utérus et —.....	105	Médicaments anti-blennorrhagiques. Les trois — : le copahu, le cubèbe et le santal.	251, 258
Kyste dormoide. — du testicule.	528	Médius et de l'annulaire. De l'amputation du—dans la métacarpien.....	337
Kyste hydatique. De la dystocie par — du bassin.....	640	Mélanodermies. Les —d'origine biliaire.....	638
Kyste ovarique. Deux cas de — simulants l'ascite de la cirrhose hépatique.....	624	Méningite. Monocléose puis polynuclease du liquide céphalo-rachidien.....	145
L		La — tuberculeuse dans la tuberculose genito-urinaire de l'homme.....	161
Larynx. Œdème inflammatoire et abcès du —.....	111	Traitement de la — cérébro-spinale.....	459
— sous glottique.....	595	Méningisme grave. Injection de sérum de Marmoreck Guérison	206
Lavement de glycérine.—comme procédé eutocique.....	394	Ménopause. Des tachycardies de la —.....	138
Lavements alimentaires. Les —.....	475	Menstruation. Influence de la — de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite.....	200
Lécithine.....	45	Méralgie parasthésique.....	444
Jaune d'œuf et —.....	143	Mérite. La saignée du col dans la —.....	557
La —.....	164	Migraine. Comment on doit entendre le traitement de la —..	427
La — chez les vieillards.....	534	Nature et traitement de la —	523
Leucoplasie.—linguale et syphilitis	386	Morphine. Sur l'emploi de la —.	211
Levure de bière. La — dans le traitement de l'érysipèle et des eczémas humides.....	346	La — dans les cardiopathies et l'urémie.....	297
De la — en thérapeutique.....	436	Traitement de la morphinomanie.....	466
— dans l'eczéma et l'érysipèle	462	Mort rapide ou subite. De la — d'origine gastrique.....	683, 700
La — dans la variole.....	465	Mort subite. La — chez les jeunes enfants par hypertrophie du thymus.....	298
De l'emploi de la — en thérapeutique, histoire, indications, mode d'emploi.....	532	Muguet. Note sur le traitement du — des nouveau-nés.....	629
La — contre l'obésité.....	533	Myasthénie. De la —.....	334
Lithiase. La — intestinale.....	76	Myopathies. Diagnostic et traitement électrique des —.....	603
Lupus. Traitement du — par les caustiques et les injections de substances modicatrices.....	32	Myovite. — gonorrhéique....	358
		N	
		Naso-pharynx. De la syphilis du —.....	152
		Néphrites. De l'intervention chirurgicale dans certain cas de — aiguës et chroniques.....	163
		Neurosthénie. La spermie contre la — et autres affections	31
		De la —.....	347
		Névralgie. Sur le traitement chirurgical de la — faciale.....	8
		Sciaticque traitée et guérie rapidement par la ponction lombaire et l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne.....	53
		Sur le traitement chirurgical de la — faciale.....	139
		Traitement de la — consécutive au zona ophtalmique.....	278
		Traitement des — par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.....	463
		Les injections de sérum contre les — et névrites.....	518
		Névrites. Contribution à l'histoire de — des syphilitiques.....	166
		Les injections de sérum contre les névralgies et —.....	518
		Nez. Fractures du —.....	207
		Niconisme. Prophylaxie du —.	574
		Nodosités. — rhumatismales chez les enfants.....	356
		Noma. — guéri par injections de sérum anti-diphthérique.....	155
		O	
		Obésité. De l'—.....	145
		De l'— chez les enfants.....	154
		Obstétrique. L'enseignement de l'—à Paris en 1901.....	293
		Obstruction. Sur l'—intestinale par les calculs biliaires.....	333
		Occlusion intestinale. Traitement de l'—.....	255, 268
		Odontocie-ostéocie. Relations de nutrition entre le squelette et les dents.....	335
		Oedèmes. — partiels dans les injections puerpérales.....	433
		Œuf humain. De l'énucléation de l'—dans l'opération césarienne	690
		Œuf. Jaune — et lécithine.....	143

Oligo-amnios. De l'—..... 201

Ombilic. Contribution à l'étude des injections ombilicales chez le nouveau-né..... 357

Ongle incarné. Le traitement de l'— par le nitrate de plomb.... 705

Opération césarienne. De l'énucléation de l'œuf humain dans l'—..... 641

Ophthalmie. — purulente des nouveau-nés..... 96

Traitement prophylactique des — purulentes des nouveau-nés par l'amniol..... 356

Nature et traitement des — du nouveau-né..... 453

Opothérapie ovarienne..... 246, 257

Opisturie. De l'—..... 159

Oreillons. Les —..... 227

Oréxime. L'—..... 176

Ostéomalacie. Le traitement de l'— puerpérale par le bain d'air chaud..... 81

Ostéomyélite. bipolaire..... 197

L'— chez le nouveau-né, au-dessous de trois mois et ses conséquences..... 216

Otitis. Traitement médical des — aiguës non suppurées..... 10

Le bleu de méthylène dans le traitement des — moyennes suppurées chroniques..... 318

Les symptômes cérébraux des —..... 513

Otorrhées. Traitement des — par un procédé pneumatique facile à employer..... 161

Ozène. Traitement de l'—..... 548

Oto-rhinologie. Utilisation en — des propriétés décollantes de l'eau oxygénée..... 323

Ovarine. Du mode d'action de l'— et de son emploi dans le rhumatisme chronique déformant..... 341

Oxygène. Inhalation..... 17

Emploi de l'eau — en chirurgie..... 57

Oxycyanure de mercure. L'— dans la thérapeutique urétrovésicale..... 18

De l'emploi de — dans les affections urétrales urétrites et rétrécissement..... 154

P

Pansements humides. Abus des — et des bains dans les lésions infectieuses des membres..... 338

Paralysie. — obstétricale due à une inflexion de la voûte acromio-claviculaire et à une réfraction de la tête du radius..... 186

Le traitement chirurgical de la — infantile..... 310

— asthénique bulco-spinale.... 340

Paroi urétrale. La suture des — sans suture des parties molles et de la peau..... 415

Pelade. Traitement de la — par

l'acide borique..... 45

Une épidémie de —..... 112, 123

Permanganate de potasse. Le — dans l'antisepsie buccale..... 110

Péricardite. — brightique..... 40

Observations cliniques sur la — 217

Traitement de la — aiguë..... 435

Périnée. Procédé facile et sûr pour éviter la déchirure du — dans les accouchements au forceps..... 59

A quel moment faut-il réparer les ruptures complètes du — etc. 340

Péritonite aiguë. Traitement de la — en particulier dans l'appendicite..... 653

Péritoine. participation du — et de la plèvre aux maladies du foie..... 493

Péritonite. Le diagnostic précoce de la — tuberculeuse chronique chez les enfants..... 30

— idiopathique primitive..... 134

La — tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite..... 205

— gonococcique..... 352

Traitement des — et des pleurésies tuberculeuses par les lavages d'eau stérilisée..... 371

La — à pneumocoque chez l'enfant..... 606

Phlébites. Du traitement opératoire des varices et des — variqueuses..... 42

Traitement des —..... 172

Cure radicale des varices et de la — variqueuse..... 221

La — des membres complication de l'infection blennorrhagiques..... 474

Les —..... 490

Phlegmatia alba dolens. Un nouveau traitement de la —..... 292

Phlegmon. Le — diffus chez les alcoolico-diabétiques..... 171

Phomasis. Accidents pathologiques et traitement du —..... 447

Phtisie pulmonaire. Les médications prophylactiques et thérapeutiques de la — fondées sur la connaissance de son terrain. 393

Pieds. La douleur des — chez les typhiques..... 427

Plaies. Du décollement des pansements adhérents par l'arrosage des — à l'eau oxygénée..... 171

Plasenta. Contribution à l'étude de la circulation placentaire à l'aide de la radiographie..... 44

Plasticité du sang. Alimentation gélatinée et —..... 412

Pleurésies. Les — typhoïdes..... 89

Contribution à l'étude du traitement des — purulentes..... 195

Pneumonie grave. Traitement de la —..... 386

Pneumothorax. Du — chirurgical ses dangers, etc..... 349

— consécutive à l'éternement 509

Pneumonie. Nouveau signe de la — infantile..... 126

— et alcoolisme..... 254

Le traitement de la —..... 562

Poisons. Sur le mécanisme du rôle d'arrêt du foie vis-à-vis des —..... 85

Polypés. Etude clinique des — du méat urinaire chez la femme 238

Pommades..... 202

Ponction lombaire. Des résultats thérapeutiques obtenus par la — dans différentes affections... 612

Des éléments de diagnostic tirés de la —..... 196

Poumon. Le — chez les cardiaques..... 169

Prolapsus du rectum. Nouveau procédé du traitement chirurgical du — chez l'enfant..... 215

Prostate. Etude sur les calculs de la —..... 221

— Guérison radicale de l'hypertrophie de la —..... 308

Traitement de l'hypertrophie prostatique par l'opération de Bottini..... 510

Prostitution. Tuberculose et —.. 522

Prothèse. — chirurgicale pas l'inclusion de vaseline colorée dans les tissus..... 139

Prurigo. Le — chez l'enfant..... 140

Prurit. Le traitement du — avec lichenification par la cure d'oxfoliation..... 421

Prurit vulgaire. Traitement du —..... 576

Psychoses. La fréquence des — dans la race juive..... 672

Psychopathies puerpérales. Contribution à l'étude des —..... 209

Pyléphébite. La — suppurée typhoïde..... 458

Pylore. Sur la crampe du —.... 135

Pyosalpingites ovarites. Sur le traitement conservateur des tumeurs annexielles purulentes et sur ses résultats dans les méthodes d'incision vaginale.. 382

Q

Quinine. La — et les bains frais dans la fièvre typhoïde..... 65

La — chez l'enfant..... 179

Le traitement du cancer par la —..... 292

Les — associations quiniques.. 641

R

Rachicocainisation. L'administration du nitrite d'amyle contre les troubles consécutifs à la —..... 43

—..... 64

Technique nouvelle de la —... 93

Un cas de mort par —..... 115

Rachidienne. L'analgésie cocaïnique par la voie —..... 210

Rachitisme. intra-utérin..... 525

Le — dans ses rapports avec

l'allaitement au lait stérilisé.. 595	durale de cocaïne..... 278	Fournier 167
Radiographie. Donnée comparative de la — et de la radiscopie dans les lésions thoraciques 591	Sciastique, syphilitique..... 82	Syphillides palmaires. Traitement des —..... 630
Radius. Pathogénie de la subluxation par éloration du — chez les enfants..... 366	Scarlatine. Considération thérapeutique s'appliquant à toutes les variétés de —..... 127	Syphilis. Des premiers symptômes de la — acquise..... 54
Raie méningitique. Séméiologie de la — chez l'enfant..... 189	Traitement de la — grave... 79	De l'abolition des reflexes pupillaires dans leurs relations avec la —..... 108
Rayon Röntgen. De l'emploi des — pour déceler les calous biliaires..... 525	Diagnostic de la —..... 190	De l'administration du mercure aux enfants syphilitiques.. 128
Règles abondantes. Traitement des — avec ou sans dysménorrhée..... 433	Séborrhée. Le soufre dans le traitement de la —..... 322	De la — naso-pharynx..... 152
Rein. Recherches sur la perméabilité — chez le vieillard.....	Secouage des tapis aux fenêtres. 438	De l'abolition des reflexes pupillaires dans ses relations avec la —..... 154
L'insuffisance rénale par l'étude graphique de l'appareil respiratoire chez le vieillard..... 64	Sel d'Epson. Manière d'administrer le —..... 164	Transmission de la — par la femme après une longue période de guérison..... 167
Du — mobile, indications thérapeutiques et respiratoires 91366	Sérum artificiel. De l'emploi du — comme moyen de pronostic 214, 226	Traitement de la — par les injections de sérosité prélevée etc..... 177
Du — flottant chez l'enfant... 179	Sérum de Marmorek. De la valeur du — dans l'infection puerpérale..... 222	Les injections du cacodylate iodo-hydrargyrique dans la — 178
Le — mobile et son traitement 184	Sérum antidiphthérique. De l'action hypodermique du —..... 287	A propos de la vérole d'emblée 202
Les cylindres rénaux..... 230	Le —, ses avantages et ses inconvénients..... 634	Formule pour le traitement général de la — par les lotions au sublime..... 202
Le — mobile..... 338	Sérum de Truneeck. Le —..... 499	La — nerveuse précoce..... 213
Entéroptose et — mobile..... 444	Sérum d'un cheval immunisé. Pouvoir bactéricide du — contre le streptocoque..... 45	Traitement des myélites syphilitiques par introduction de solution mercurielle dans le canal rachidien..... 250
Rétine. Nouveau cas de décollement rétinien guéri..... 573	Sur le diagnostic de la tuberculeuse par les injections de — artificiel..... 56	Etat des reflexes chez des syphilitiques..... 271
Rétrodéviation. — utérine et kinésithérapie..... 108	Siège. Moyen de prévenir l'aphyxie dans la présentation du — 557	De la prophylaxie de la —.... 284
Rêve. Contribution à la séméiologie du —..... 17	Sinus sphénoïdal. Etude anatomotopographique du —..... 43	La ligne contre la —..... 358
Révéralifs. Les —..... 285	Sitiophobie. De la — et de son traitement..... 561	— infantile hygiène et thérapeutique..... 369
Rhumatisme. Du traitement du — blennorrhagique..... 192	Sommeil. — et anesthésie générale obtenus par la compression des carotides..... 478	L'encoplasie linguale et —... 386
Traitement du — par l'acide citrique..... 225	Sondes. Stérilisation simple et rapide des — en gomme..... 31	Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques... 502
Du mode d'action de l'avoine et de son emploi dans le — chronique déformant..... 341	Sous maxillite calculuse. Note sur le traitement chirurgical de la —..... 219	Traitement de la — par le calomel..... 548
La médication salicylée dans le — chez l'enfant..... 461	Spermatorrhée. Du traitement électrique de la —..... 403	Sur la — de la cavité buccale 661, 676
Le traitement du — par le citron..... 561	Spermine. La — contre la neurasthénie et autres affections.. 31	Syringomyélie. La forme spasmodique de la —..... 595
Rougeole. Ce que valent les signes prodromiques précoces de la —..... 10	Statistiques. — de la clinique Baudeloque..... 407	De la —..... 618
Rotule. Traitement astropastique des fractures de la — avec écartement..... 65	Stase gastrique. Traitement de la — avec hypersecretion etc. 280	
S	Streptocoque. Pouvoir bactéricide du sérum d'un cheval immunisé contre le —..... 45	T
Saignée. La — du col dans la métrite..... 557	Strychnine. La — en thérapeutique..... 359	Tabes. La santonine dans le traitement des douleurs fulgurantes tabétiques..... 212
Saignée blanche. Moyen de favoriser l'écoulement du sang dans les cas de —..... 477	A propos des injections sous-cutanées de —..... 500, 517	Talma. De l'opération de —..... 604
Salicylate de soude. Contre indications du —..... 372	Subluxation. Pathogénie de la — par éloration du radius chez les enfants..... 366	Tannoforme. Le — dans les sueurs nocturnes..... 388
Salpingites. Indication de l'opération dans les — chroniques. 545	De la méthode des — rythmées du maxillaire inférieur..... 654	Températures morbides. Contribution à l'étude des — locales. 316
Sang. Un nouveau procédé pour reconnaître le — humain..... 54	Sueurs nocturnes. Traitement des — des phthisiques par le Tannoforme..... 388	Testicule. Résultats éloignés du traitement de la tuberculose — par les opérations économiques..... 41
Santonine. La — dans le traitement des douleurs fulgurantes tabétiques..... 212	Sycoosis. Le —..... 150	Kyatos dermoïdes du —..... 528
Saturino. Le traitement de la colique — par l'injection épi-	Syphillide pigmentaire. La — réticulaire du cou — de Hardy-	Tétanos. De la sérothérapie dans le —..... 80

Données comparatives de la radiographie et de la radiscopie dans les lésions thoraciques..... 591
 Thymus. Étude sur le —..... 314
 Tochyocardie. Des — de la ménopause..... 138
 Tonia. Traitement du — chez l'enfant..... 44
 Tourniole. La — des nouveau-nés 228
 Toux. Traitement de la — émissante..... 41
 La — de compression et sa valeur pour le diagnostic des rétrécissements des bronches... 444
 Traitement de la — utérine... 466
 Trachome. Le — et sa guérison... 338
 Traumatismes. — articulaires... 206
 Trional. Intoxication par le —... 187
 Trinitine. Effets favorables de — dans l'épilepsie..... 115
 Trophédème. Le — chronique... 506
 Troubles oculaires. Contribution à l'étude des — dus aux parasites intestinaux..... 205
 Troubles digestifs. Les — liés aux maladies du nez et du rhinopharynx..... 506
 Tube digestif. Corps étrangers du — et purée de pomme de terre 161
 Tuberculose. Sur le diagnostic de la — par les injections de sérum artificiel..... 56
 Le diagnostic précoce de la — pulmonaire par l'étude de la température moyenne..... 74
 De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain réfractaire ou résistant hypoacide et arthritique 118, 129, 142, 155, 165, 175
 A propos de non transmissibilité de la — des bovides de l'homme..... 135
 Sur la valeur pronostic de la diazo réaction, etc..... 145
 La lutte contre la — en visagée, etc..... 169, 181
 Aniline blanche et —..... 187, 194
 Inoculation de la —..... 197
 Des méthodes conservatrices dans le traitement des — locales chez l'enfant..... 237, 249
 Considération sur le poids des tuberculeux curables..... 275
 Traitement iodique de la — pulmonaire..... 278
 Le créosote dans les maladies etc..... 320

Transmissibilité de la — humaine aux animaux..... 348
 Le lymphadénome —..... 350
 Les germes de froment dans la — 574
 L'arsenic dans le traitement de la —..... 401
 Radiographie et diagnostic de — pulmonaire..... 413
 L'inoculabilité de la — humaine et les idées de M. Robert Kock sur cette — et la — animale 445
 Formes emphysémateuses de la — pulmonaire..... 450
 Traitement local des — externes..... 459
 L'iode et le mercure dans le traitement de la — de l'eczéma 462
 Les frictions au savon noir dans la périctonite tuberculeuse..... 477
 — et prostitution..... 522
 Du pronostic de la —..... 522
 Traitement de la — pulmonaire par l'eau oxygénée..... 548
 Des injections sous-cutanées ou intra-musculaire de jaune d'œuf dans le traitement de la —..... 578
 Circoncision et —..... 618
 Molène bouillon blanc dans le traitement de la —..... 705
 Tumeurs épithéliales. Sur la présence habituelle d'un micrococoque dans les —..... 431

U

Ulcères. Traitement des — chroniques des jambes..... 127
 Traitement des — variqueux par l'acide picrique..... 138
 Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des — variqueux..... 163
 Les varices et les — variqueux 544
 Traitement des — variqueux par l'incision circonférentielle de jambes..... 603
 Ulcères de l'estomac. Traitement médical de l'ulcère hémorragique de l'estomac..... 418
 Le diagnostic et le traitement de l' —..... 703
 Urémie. La saignée dans les abcès —..... 250
 Traitement de l' — par trois lavages..... 363
 Urétrites. De l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans les affections urétrales — et rétrécissement..... 154

Urines. Recherche pratique de l'albumine dans l' —..... 182
 Utérus. Traitement du cancer de l' — par le chlorate de soude... 8
 Les plaies perforantes de l' —... 44
 Le Tamponnement de l' — dans la pratique obstétricale... 234
 L'insuffisance utérine pendant le travail..... 248
 Le traitement de la congestion utérine d'origine menstruelle.. 323

V

Vaccination anti-tuberculeuse. De la — intra-utérine..... 165
 Vagin double et double utérus. 200
 Traitement des écoulements vaginaux par la Levurine..... 398
 Varices. Du traitement opératoire des — et des phlébites variqueuses..... 42
 Cure radicale des — et de la phlébite variqueuse..... 221
 Traitement des — des femmes enceintes..... 234
 Les — de la base de la langue, signe de cancer de l'œsophage 301
 Les — et les ulcères variqueux 544
 Variole. La — et la levure de bière..... 465
 Vaseline. De injections interstitielles de — dans un but de prothèse chirurgicale..... 246
 Végétations adénoïdes. Traitement médical des —..... 236
 Verrues. L'acide salicylique contre les —..... 418
 Version. Contribution à l'étude des difficultés de la — causées par l'anneau de Bondi..... 640
 Vessie. Les corps étrangers de la —..... 198
 De la suture de la — après la taille hypogastrique..... 199
 Voix. Maladies de la —..... 540
 Vomissements. Traitement des — rebelles..... 23
 hystériques, cocaïne..... 401

Y

Yeux. Moignon artificiel en vaseline pour la prothèse oculaire 58
 Traitement des traumatismes oculaires..... 646, 660

Z

Zomothérapie. Formulaire de la — anti tuberculeuse..... 6

Formulaire

A
 Acné nécrotique. Traitement de l' — 550, 567
 Affections choroidiennes. Solution pour le traitement des — 72
 Angine pseudo-membraneuse. Contre l' — non diphtérique 375

Arthrosia..... 252
 Ascarides. Contre les — 486
B
 Basedow. Traitement de la maladie de — 518
 Bronchite. — chronique simple

chez les enfants 359
 Contre la — aiguë 375
 Brûlures. Pommade contre les — 168
 L'ichthyol contre les — 359

C

Chancre mou. Traitement du — 630

Collodion. tanno-camphre contre l'érysipèle	84	H	Huile de foie de morue. Emulsion d'—	36	Potion acide	11
D					Potion calmante	598
Dent. Contre les accidents de la dentition	264	I	Insomnie. Potion contre l'—	598	Prurit. Traitement du — survenant chez les femmes à la ménopause	344
Désinfection des selles. — dans les maladies contagieuses	614	L			Traitement contre le — de l'ictère	678
Desquamation de la langue. Contre la —	549		Laryngite aiguë. Contre la —	466	Psoriasis. Contre le —	550
Dyspepsie. Contre la — phosphaturique	84		Leucorrhée. Injection contre la —	132	Contre le — lingual	614
E		M			R	
Electuaire. — anti-névralgique	84		Météorisme. Mixture contre le — intestinal chez les petits enfants	60	Rhumatisme. Pommade contre les douleurs rhumatismales	72
Engelures. L'ichthyol contre les —	328		Microcidine. Pommades aux essences et à la —	216	Liniment contre le — musculaire	597
Ephélides. Lotions contre les —	228	O			S	
Epilatoire. Formule — inoffensive	597		Obésité. Frictions contre l'—	549	Sein. Pommade contre les crevasses du —	288
Ergotine. Emploi hypodermique de l'—	156		Oedème de la glotte. Contre l'—	486	T	
Erysipèle. Collodion tanno-camphre contre —	84		Oreilles. Mixture contre les douleurs d'—	96	Taches de Rousseur. Contre les —	566
Escarres. Enduit pour prévenir les —	598		Otites moyenne de la rougeole et de la scarlatine	288	Teigne. — tondante	240
F		P			Tœnia. Contre le — chez les enfants	486
Fougère mâle. Potion à l'huile étherée de —	566		Palpitations. Contre les — de la croissance	298	Toni digestive. Potion —	120
G			Pilules Diurétiques. — anti-uricémiques	276	U	
Galega. Teinture de —	204		Pipérazine. Solution de —	252	Ulcères. Traitement des — par l'eau chaude	630
Gastropathies. Traitement des — d'origine cardiaque	598		Solution de — pour lavages de la vessie	252	Utérus. Mixture analgésiante pour cautériser la cavité intra-utérine	120
Gerçures. Mixture contre les —	344		Solution hypodermique de —	264	V	
Grippe. Contre la —	359		Pommade de Guyon	404	Vaginites. Traitement des —	204
					Vomissements. Contre les — consécutifs à l'anesthésie chirurgicale	614

Nouvelles et Variétés

Accouchements. — ordinaires	551	Un — chez les brigands d'Europe	711	Comment j'opérai le Dr Doyen	519	Les grandes empoisonneuses	583
A propos d'analyses	662	Congrès. XIV — International de médecine	24	Le — Britannique de la tuberculose	46	Le cancer en Hollande	685
Assemblée des médecins d'Hochelaga	692	— Français de médecine	466	XIV — International de médecine	470	Le papier naturel	696
Asiles d'aliénés ouverts. Les —	568	— Egyptien de médecine	470	— annuel des médecins aliénistes et neurologistes	470	Lecteurs. A nos —	313
Association. — médicale du district des Trois-Rivières	12	Coq à l'âne médicaux. 229, 359, 375, 392, 487, 613, 648, 662, 694, 710	710	Convention médicale du Comté de Charlevoix	11	Mariages 1, 360, 376, 392, 664	664
Les obligations des membres d'— syndicales	83	Des médecins du district de St Hyacinthe	69	Durillon. Le — forcé est-il un accident du travail	84	Médecine. — et littérature	406
Projet de l'— des médecins de langue française de l'Amérique du Nord	261	Esclavage à Paris. L'—	503	Esclavage à Paris. L'—	503	La — au Transvall	407
American Médico-Psychological —	406	Hauts faits de la Compagnie des Médecines Patentées Française	441	Hauts faits de la Compagnie des Médecines Patentées Française	441	Naissances 376, 422, 664	664
Les élections de l'— des médecins de langue française de l'Amérique du Nord qui ont été tenues à Montréal le 6 mars	486	Hémoptysie. Contre l'—	108	Hémoptysie. Contre l'—	108	Nécrologies 1, 360, 377, 406	406
Bibliographie. 72, 131, 204, 223, 240, 327, 359, 374, 404, 421, 454, 485, 534, 550, 564, 596, 614	614	Hernie. La — accident du travail	83	Hernie. La — accident du travail	83	Nouveaux médecins. — 47 candidats reçoivent le titre de docteur en médecine	696
Bill Roddick. Le —	467, 484	Informations Médicales	407	Informations Médicales	407	Pharmacie pratique. Notes de —	167, 288, 325
Centenaire. Le —	679	Industrie ou plutôt fumisterie aurore de siècle	324	Industrie ou plutôt fumisterie aurore de siècle	324	Pain et microbes	712
Centenaire de l'internat en médecine. — et en chirurgie des hôpitaux de Paris	568	Insulte aux médecins canadiens	378	Insulte aux médecins canadiens	378	Rodica et Doodica opérées	488, 503
Circonscriptions hospitalières. Les —	680	Larynx. Diphtérie du — XIV, XXVI		Larynx. Diphtérie du — XIV, XXVI		Samuel D. Gross. Prix —	422
Comment on devient médecin		Le Dr Gilbert 423, 439, 455, 471		Le Dr Gilbert 423, 439, 455, 471		Société. — médicale de Montréal	239, 275, 343
						— médico psychologique de Québec	502
						Télépathie. La —	536, 551
						Thérapeutique anomite. La —	599
						Théâtre. Le — de l'avenir	711
						Une consultation célèbre	520, 535
						Utilité de l'étude du grec pour le médecin. L'—	567
						Vie humaine. La durée de la —	712
						World's Fair. — St. Louis	407