

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

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

# L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

---

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

---

Directeur : ----- DR A. LAMARCHE,  
Rédacteur-en-chef : DR H. E. DESROSIERS.  
Secrétaire de la Rédaction : -- DR M. T. BRENNAN.

VOLUME XXIII.

NOUVELLE SERIE, - - - VOLUME VIII.



MONTREAL :

CIÉ DE LITROGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME  
30 rue St-Gabriel.

1894

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Directeur : - - - - - Dr A. LAMARCHE.  
Rédacteur-en-chef : - - - - - Dr H. E. DESROSIERS.  
Secrétaire de la rédaction : - Dr M. T. BRENNAN.

---

Volume XXIII. MONTREAL, 1894. { NOUVELLE SÉRIE  
VOL. VIII.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Epithélioma du pavillon de l'oreille et guérison par le traitement au chlorate de potasse ;

par A. A. FOUCHER, M.D.,

professeur de la clinique ophthalmologique et otologique à l'Hôpital Notre-Dame.

H. B., journalier, âgé de 35 ans, s'est présenté à la clinique pour y être traité d'une ulcération s'étendant à toute la partie interne de la conque et ayant envahi le cartilage. L'ulcération s'étend jusqu'au méat externe, les bords en sont rouges, réguliers sur une certaine étendue, indurés, déchiquetés à la partie inférieure. Le fond de l'ulcère est recouvert d'un enduit grisâtre, pultacé, de pus sanieux, d'une odeur infecte. Le pavillon de l'oreille et les parties avoisinantes sont douloureuses au toucher. Les ganglions du cou sont intacts. Quelques mois auparavant, le patient a vu apparaître une petite tumeur de la grosseur d'un pois, à la partie antérieure de la conque. Cette tumeur, de couleur blanche était le siège d'une vive démangeaison. Il consulta alors un charlatan qui lui appliqua une eau forte, un acide concentré probablement, qui détruisit la tumeur en laissant une ulcération. La cicatrisation s'effectua assez rapidement mais elle fut suivie de douleurs persistantes dans la fossette de l'hélix.

Le patient revoit son charlatan qui cette fois lui applique un emplâtre de gomme de sapin et lui laisse en place pendant quelques semaines. Une nouvelle ulcération en résulte, beaucoup plus large que la première. Au moment où nous voyons le patient pour la première fois, le pavillon de l'oreille présente l'aspect que nous avons décrit plus haut.

Il n'y a aucune histoire de syphilis ni de tuberculose; sa mère est morte d'un cancer du sein à l'âge de 49 ans. Nous ordonnons des lavages répétés de la plaie avec une solution de chlorate de potasse suivis d'un pansement sec à l'iodoforme et l'acide borique en parties égales. À l'intérieur, chlorate de potasse. Sous l'influence de ce traitement continué assidûment pendant quelques semaines, le patient prit du mieux de jour en jour et quitta l'hôpital complètement guéri, deux mois et demi après son entrée.

Les affections malignes du pavillon de l'oreille ont été citées en petit nombre: le carcinome surtout paraît être la variété la plus rare; quant à l'épithélioma il en existe des cas bien authentiques. Le cas que nous venons de relater paraît se rattacher à cette dernière variété par plusieurs traits de ressemblance. Le début peut être une plaque de psoriasis, d'eczéma scrofuleuse, herpétique ou autre, qui laisse une surface ulcérée. Ces ulcérations ont des bords rouges, clairs ou sombres. Le début peut être encore caractérisé par une verue, une pustule: cette particularité semble avoir existé chez notre patient. La maladie peut encore s'annoncer par des fissures à bords irréguliers et verruqueux qui saignent au moindre contact. Il est rare que les ganglions se prennent et que les parties environnantes soient envahies par l'affection.

À une période avancée de la maladie, l'épithélioma papillaire ou ulcéreux change d'aspect. S'il est papillaire il ressemble aux formes ordinaires d'épithélioma qui siègent sur d'autres organes et notamment aux paupières et aux lèvres. On voit apparaître des bourgeons qui se recouvrent de détritüs jaunâtres ou rougêâtres formés par du sang et du pus. La forme ulcéreuse est caractérisée par un ulcère envahissant en surface et en profondeur. Dans notre cas, l'ulcération occupe toute la conque de l'antehelix au conduit auditif externe. Elle est aussi recouverte d'une matière pulpeuse d'une odeur fétide. Les douleurs quelques fois insignifiantes sont ici étendues dans un rayon assez grand au pourtour de l'oreille et dans le fond du conduit auditif externe. Le fonctionnement de l'oreille n'est entravé que par la présence d'amas purulents, au méat auditif externe: après lavage, l'audition paraît normale.

À la période terminale de l'affection, l'ulcère se généralise et étend ses ravages au voisinage de l'oreille. On voit apparaître des hémorragies ainsi que des douleurs vives, sous forme de névralgie faciale. Le pavillon disparaît complètement et il reste alors une vaste ulcération dont le fond est le conduit. Les ganglions se prennent, le tissu osseux est envahi à son tour, l'état général du patient s'aggrave et le malade succombe. Lorsque notre patient s'est présenté, l'ulcère avait déjà fait de tels ravages sur le pavillon que nous croyions impossible de le conserver, nous avons même pensé à l'enlever afin de couper le chemin à une affection qui avait pris un caractère alarmant par sa propagation rapide.

Les auteurs qui ont traité la question des tumeurs malignes de l'oreille ont prétendu que la forme ulcéreuse est celle qui se prête le plus facilement à une erreur de diagnostic. Dans notre cas, semblable erreur a pu exister, mais le début de l'affection, la nature de la sécrétion, la marche envahissante de l'ulcère et joint à cela, les antécédents héréditaires nous ont paru confirmer le diagnostic d'épithélioma ulcéreux.

Quant à la guérison rapide obtenue par le chlorate de potasse *intus et extra* c'est un fait mis en évidence depuis longtemps déjà par Tillaux et plusieurs autres que ce mode de traitement donne des résultats des plus satisfaisants. Nous avons vérifié ces résultats dans plusieurs cas d'épithélioma des paupières, dont un actuellement sous traitement. Les bons effets qu'on obtient de l'usage du chlorate de potasse doivent nous engager à y recourir avant de tenter des opérations, surtout celles qui auraient pour effet de défigurer le patient ou de nuire au fonctionnement régulier de l'œil ou de l'oreille.

---

## CORRESPONDANCE.

---

### Une nouvelle formule tœnifuge

A Monsieur le directeur de  
L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Honoré confrère,

L'UNION MÉDICALE DU CANADA a publié, à plusieurs reprises, de courtes notes sur le traitement des tœnias par la graine de courge, de chloroforme, etc. Comme depuis plusieurs années, j'étudie cette intéressante question, et que j'ai expérimenté plusieurs remèdes, je viens vous demander l'hospitalité de vos colonnes, pour indiquer à vos lecteurs une méthode nouvelle, qui, je l'espère, ne sera pas sans utilité pratique pour des médecins.

Il y a sept ou huit ans, alors que je dirigeais la *Revue d'hydrologie pyrénéenne*, je lus dans un journal américain échangé avec elle, qu'un médecin d'outre-mer débarrassait ses malades de leurs tœnias en leur faisant prendre 3 à 6 grammes de chloroforme dans de la glycérine, peu de temps après, une dose d'huile de ricin. C'est la formule dite de Thompson, dont un confrère hollandais, le Dr Stephen, a tenté dernièrement de réglementer l'usage, mais en la compliquant, peut-être sans nécessité. Pour moi, je cherchai alors à la simplifier, j'eus l'idée, pour ne faire prendre qu'un remède unique, de combiner le tœnifuge et le purgatif, dans des

capsules de chloroforme et d'huile de ricin légèrement additionnées d'huile de croton. Je pus, en quelques mois, expérimenter cinq fois ce remède: il'y eut deux succès seulement, ce qui est loin des résultats annoncés par Thompson, et tout récemment encore par le Dr Glæser, de Bonn.

Après des expériences comparatives et répétées sur des chiens, expériences que je ferai connaître plus tard, j'ai tout lieu de croire que le chloroforme est, à lui seul, même additionné d'huile purgative, un tœnifuge infidèle.

Pensant que l'addition d'une petite quantité d'extrait vert éthéré de fougère mâle,—le meilleur des tœnicides, sans contredit,—assurerais mieux l'effet des capsules chloroforme huileuses, j'en fis préparer qui contenaient une très petite proportion de cet extrait, et depuis, les essais faits avec ces capsules à l'extrait chloroforme huileux de fougère mâle s'étant multipliés avec des succès presque constants, dans les hôpitaux de France ou de l'étranger, civils ou maritimes, dans des asiles, ou à l'infirmerie des prisons de la Seine et dans la clientèle de nombreux confrères, je crois faire œuvre utile en donnant à connaître ma méthode de traitement des tœnias. Elle est aussi simple que possible, peu coûteuse, inoffensive puisqu'elle a permis de débarrasser, sans le moindre malaise, des enfants de sept ans, huit ans et même neuf ans et demi; elle est enfin rapide et sûre dans ses résultats.

La quantité d'extrait de fougère qu'un adulte absorbe, avec la dose maxima de douze capsules, n'atteint pas un gramme et demi, et n'a plus aucun inconvénient. Un peu plus du double de chloroforme assure son action, et rend le purgatif pour ainsi dire indolore, au point que des malades ont rejeté leur tœnia sous son action, presque sans se douter qu'ils étaient purgés.

C'est que dans cette association de remèdes, on augmente, comme cela est démontré pour les antiseptiques, comme vient de l'établir M. le Dr Emile Berger pour certains médicaments employés en ophtalmologie, on augmente, dis-je, leurs effets thérapeutiques, sans que leur action toxique ou nuisible soit accrue parallèlement!

J'estime donc que ma formule, au sujet de laquelle j'ai présenté un travail à la Société de Thérapeutique de Paris, et qui a déjà fait plus de cent fois des preuves, est préférable, à tous égards, aux autres tœnifuges connus!

“Eugoridir le ver, puis l'expulser comme un corps étranger par une purgation,” voilà à quoi se résume le traitement du tœnia, ainsi que l'a fait ressortir le professeur Laboulbène. Dans ma formule, chloroforme et extrait de fougère combinés, par cela même mutuellement renforcés, réussissent mieux et à plus petite dose, à endormir le ver, et l'huile de ricin, qui de son côté assure l'effet de l'acide filicique, principe actif de la fougère, vient provoquer à temps l'expulsion du parasite devenu inerte. Ainsi s'explique

l'action prompte et sûre de ce remède qui, par ailleurs, est des plus économiques, même mis en capsules pour être absorbé plus facilement et sans ennui.

Avec le *Tœnifuge français* pas de précautions spéciales à prendre, la veille ni le jour même. Un matin, à jeun, le porteur de tœnia absorbe au plus douze capsules, en fort peu de temps, en douze à quinze minutes, et avec aussi peu de liquide que possible, par exemple, une cuillerée d'eau pure ou sucrée par capsule. Pour les enfants, quatre, six ou huit capsules suffisent, selon leur âge et leurs forces !

Après cela, plus rien ! Au bout de deux à trois heures, l'effet purgatif et tœnifuge se produit seul, et, si le malade a soin de prendre les précautions habituellement recommandées pour retrouver la tête du tœnia, il peut s'assurer lui-même de la réussite. Une fois débarrassé, il prend son repas comme à l'ordinaire, et même, si l'effet du remède tarde un peu, il n'a qu'à déjeuner tranquillement : le tœnia ne manquera pas d'être expulsé, comme la pratique l'a déjà fait voir.

On peut donc dire que le traitement des tœnias est aujourd'hui des plus simples, prompt et facile, et le remède est à la portée de tous !

Agréé, honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

DR DUHOURCAU (de Caeterets),

Lauréat de l'Académie de Médecine, de l'École

Supérieure de Pharmacie et des Hôpitaux de Paris.

La sagesse avec des appétits, admirable, mais combien rare chose ! C'est la loi commune, hélas ! de n'y atteindre qu'en passant par la satiété.

Je voudrais lire le livre d'un profond philosophe de nos jours, qui aurait commencé par être un grand médecin. Nos médecins ne sont pas assez philosophes, — *primo vivere*, — et nos philosophes ne sont pas médecins. Quelle œuvre aurait produite un esprit de l'envergure de celui de Marie Guyau, "ce Pascal moderne" si, longtemps avant de la mettre au jour, il avait fouillé les lois de la biologie et de la pathologie générales !

Si l'on savait ce que cachent de misères physiologiques ces teints fleuris que les poncifs d'antan appelaient "de lys et de roses !" Si l'on savait ce que cachent de misères morales le talent, le génie !... Les plus beaux fruits, les plus belles fleurs et les plus suaves viennent sur un lit de fumier. Ainsi la beauté, ainsi le talent naissent et s'élèvent sur des ruines physiques ou morales, et certaines admirables qualités du corps ou de l'esprit ne prennent leur remarquable aspect qu'aux dépens d'organes plus essentiels.

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE

**Hypersthénie gastrique ; Formes aiguës.**—Leçon clinique du professeur Albert ROBIN, à l'hôpital de la Pitié.—III. *Hypersthénie gastrique intermittente d'origine directe (stomacale ou réflexe)*— Dans ce cas, c'est le trouble gastrique qui débute. Cette forme comprend deux variétés: l'une stomacale ou alimentaire, l'autre réflexe ou périodique.

L'*hypersthénie alimentaire* s'observe chez les gros mangeurs dont l'estomac est depuis longtemps dans un état de tension fonctionnelle. Qu'ils éprouvent une émotion morale, qu'ils fassent un repas un peu plus copieux, ou un excès alcoolique, la crise éclate. Il y a à la fois, dans ces cas, hypersthénie sécrétoire et motrice. C'est une variété simple, car il suffit de régler l'hygiène alimentaire pour éviter le retour des accidents.

Dans l'*hypersthénie périodique ou réflexe*, les conditions sont tout autres. Ce n'est plus une excitation alimentaire qui provoque la crise, c'est un trouble réflexe dont on trouve parfois l'origine dans une affection de l'aorte, du cœur, de l'utérus ou du foie. Elle peut se produire aussi bien à jeun qu'à la suite d'un repas. La caractéristique de cette variété, c'est que pendant la crise le malade a de l'anorexie qui cesse dès que l'accès est passé. Les vomissements fréquents sont hyperacides, la constipation est de règle. Un symptôme important, c'est l'accélération du pouls au moment de la crise. C'est Leyden qui a signalé pour la première fois ce fait, que j'ai constaté également chez mes malades. Ces sujets sont abattus; leur soif est vive; au moment de l'accès, l'estomac est contracté et le creux épigastrique fait non pas une saillie, mais une dépression. Un autre caractère, c'est que l'accès débute et cesse très brusquement.

Le diagnostic de la variété alimentaire est assez facile par l'examen chimique du suc gastrique; en effet, à jeun l'estomac est presque vide et contient peu d'acide chlorhydrique, et par contre, après les repas, il y a de l'hyperchlorhydrie. Quant à la variété réflexe, elle ressemble beaucoup à l'hypersthénie gastrique de la deuxième variété; aussi devra-t-on toujours rechercher les signes de l'ataxie, de la sclérose en plaques, de la paralysie générale et même de l'hystérie, et ce n'est qu'après avoir éliminé ces

diagnostics qu'on pourra penser à l'hypersthénie réflexe. Et à ce moment la tâche ne sera pas même terminée; il faudra encore rechercher l'organe dont la lésion est l'origine du réflexe, explorer le cœur, l'aorte, l'estomac, etc. On ne la confondra pas avec la maladie de Rosbach, malgré son apparence paroxystique, parce que dans la gastroxynsis de Rosbach les crises ont une allure rapide, durant de douze à trente six heures, qu'elles s'accompagnent de céphalée, sont suivies d'un sommeil profond, et enfin surtout qu'elles sont provoquées par des travaux intellectuels.

Ces deux variétés sont des formes de transition. Intermittente d'abord, l'hypersthénie tend à devenir permanente et à passer à l'état chronique.

Quant au traitement, on peut dire tout d'abord qu'on n'arrête pas la crise commencée. On peut l'atténuer, la calmer, mais non l'abrèger. La morphine en injections exagère plutôt les vomissements; l'atropine, en injections également, utilisée par Boussier, est d'un emploi très dangereux, car certains sujets peuvent éprouver des accidents à la suite de doses très faibles. Je l'ai, d'ailleurs, employée prudemment, mais sans rien obtenir. J'ai essayé de saturer l'acide chlorhydrique en excès par de hautes doses de bicarbonate de soude, mais sans succès. Je me contente actuellement de faire prendre des boissons abondantes et tièdes, la chaleur ou le froid exaspérant les douleurs. J'ordonne, par exemple, une infusion de camomille, ou des eaux minérales peu minéralisées, que je fais tiédir. Il me semble aussi avoir obtenu quelques bons effets de la magnésie, qui neutralise le suc gastrique aussi bien que le bicarbonate de soude, et qui a l'avantage de former dans l'estomac du chlorure de magnésium qui a une action purgative spéciale. Il agit, en effet, d'après Laborde et Aguilhon de Sarrau, non pas en excitant les sécrétions, mais en réveillant et en régularisant le péristaltisme intestinal. Je formule ainsi :

Magnésie calcinée.....	0 gr. 60
Poudre d'opium brut.....	0 gr. 02
Sous-nitrate de bismuth....	0 gr. 30

pour un cachet à prendre après chaque repas. Le sous-nitrate de bismuth est dans ce cas une poudre inerte. De la sorte on atténue un peu la crise et l'on supprime la constipation.

Le traitement prophylactique est très complexe. Il faut, en effet soigner l'organe malade, source du réflexe; il faut, par exemple, soigner la lithiase biliaire, la métrite, etc. Il faut éviter également les causes occasionnelles de la crise, les émotions morales, les excès alimentaires. Il faut, en outre, pour diminuer la réflexivité exagérée du sujet, le soumettre à l'hydrothérapie qui ne doit être ni chaude, ni froide, mais qui doit être réglée de la façon suivante. D'abord, pas de douche en pluie, la lance seulement, et encore armée d'un arrosoir à trous très petits pour briser le jet.

L'eau doit avoir d'abord une température de 25° à 30°. Le doucheur promène son jet d'abord sur la face dorsale, puis sur la partie antérieure, puis sur les côtés, commençant chaque fois par les pieds et remontant jusqu'aux épaules. Au bout d'une minute, il emploiera de l'eau plus froide, entre 8° et 15° et, dans ce cas, il fera tourner sa lance de façon à envelopper le malade dans une buée froide. Cette opération durera quinze secondes. Puis, enlevant la pomme d'arrosoir, il projettera le jet d'eau froide sur les talons, puis sur la face dorsale des pieds pendant une durée de deux à cinq secondes. Tel est le mode d'emploi de l'hydrothérapie dans ces cas, mais pour la prescrire, il faudra s'assurer que le cœur du malade est sain, et qu'il n'est pas dans une période de coliques hépatiques.—*Le Scalpel.*

**Tuberculose pulmonaire aiguë.**—Clinique de M. le Dr BARTH à l'Hôpital Broussais.—Le malade qui fait l'objet de cette leçon est entré dans nos salles il y a environ trois semaines; il occupait le n° 12 de la salle Delpsch.

C'était un jeune homme paraissant vigoureux, la figure pleine et colorée, et l'embonpoint satisfaisant. Depuis une quinzaine de jours, il crachait le sang, toussait d'une toux quinteuse et très pénible, sans expectoration, et se plaignait d'une courbature généralisée.

*Antécédents.*—On ne trouve absolument rien à relever dans ses antécédents, soit personnels, soit du côté de sa famille. Il est venu à Paris, il y a sept ans, à l'âge de 13 ans; garçon de café et de restaurant, il affirme avoir toujours bien supporté la fatigue de cet état. Il affirme également n'avoir jamais commis d'excès d'aucune sorte; mais nous avons appris que, depuis quelques mois, il avait fait des excès vénériens.

*Examen à l'entrée.*—Quand nous l'avons vu pour la première fois, nous avons été tenté de le renvoyer presque aussitôt, ne le considérant pas comme un malade très sérieux; mais notre avis n'a pas tardé à se modifier après un examen attentif.

Son aspect général est excellent; mais il a la peau chaude, et la température, qui le matin est normale, atteint le soir 38°4.

Il n'a rien au cœur, rien du côté des organes abdominaux.

L'auscultation nous fait constater les signes suivants: à droite, sous la clavicule, la respiration est un peu faible et granuleuse; en arrière, du même côté, et dans la moitié supérieure, il y a une très légère diminution du son, avec rudesse inspiratoire, expiration prolongée, et quelques râles fins après la toux. À gauche, ainsi qu'à la base droite, la sonorité et la respiration sont normales. Il n'y a pas de râles de bronchite. La toux est quinteuse et fréquente. Les hémoptysies ont cessé.

On ne constate rien du côté des organes génitaux. Le développement du squelette et des muscles est normal.

Il pouvait donc sembler rationnel, au premier examen, de dire que ce malade n'était qu'un candidat à la tuberculose.

Mais deux phénomènes donnaient aux symptômes observés une signification tout autre : d'abord les hémoptysies considérables chez un homme ayant de l'hypérémie fluxionnaire au sommet du poumon ; puis, la persistance de la fièvre.

Et, me basant sur l'apparition de la fièvre chaque soir, et sur la présence au sommet d'une congestion hypérémique, j'ai pu vous dire qu'il s'agissait d'une forme grave de tuberculose, devant conduire rapidement le malade à la mort.

En effet, le malade est décédé avant-hier. Je regrette de ne pouvoir vous présenter les pièces anatomiques, opposition ayant été faite à l'autopsie.

Quel traitement avons nous employé ? Au début, nous avons combattu la congestion pulmonaire et tenté de faire tomber l'éréthisme fébrile par les moyens suivants : 1o une large application de ventouses scarifiées ; 2o une potion contenant dix centigrammes de tartre stibié ; 3o l'ergotine Yvon à la dose de dix à vingt gouttes par jour ; 4o l'antipyrine, qui est préférable au sulfate de quinine, parce qu'elle ne congestionne pas le poumon ; d'abord 1 gr. 50 puis 3 gr.

Quelques jours après, aucune amélioration ne s'était produite. Le malade n'avait pas craché de sang ; mais la toux persistait, continuelle et fatigante, sans expectoration. La fièvre était très élevée le soir, malgré l'antipyrine. Au poumon droit, les signes d'induration de tout le lobe supérieur étaient plus manifestes, et il y avait de la dyspnée.

Le traitement fut modifié ; le tartre stibié fut supprimé ; on appliqua sur la fosse sous épineuse droite un vésicatoire, qui fut rendu permanent par un pansement au garou, et on donna par jour huit à dix pilules composées chacune d'un centigramme d'extrait thébaïque et un centigramme d'extrait de jusquiame.

Néanmoins, la maladie a suivi son cours d'une façon inexorable. La fièvre est devenue continue avec exacerbation le soir (39° le matin, 30° le soir). La dyspnée a augmenté progressivement. La figure avait toujours sa belle coloration rouge ; mais les lèvres et les pommettes étaient violettes. Il n'y avait pas d'amaigrissement, rien du côté du tube digestif, pas d'albumine dans les urines. Donc, sauf la fièvre et les symptômes asphyxiques, il n'y avait rien dans les autres organes.

Les signes physiques s'accroissaient. Il y a 8 jours, on constatait une respiration rude, légèrement soufflante dans toute la hauteur du poumon, et des râles crépitants secs ; pas d'expectoration.

Dans les derniers jours, l'asphyxie est devenue menaçante ; il y a eu de l'hypothermie, des sueurs profuses, presque agoniques, du délire.

Malgré un traitement très énergique (injections d'éther et de caféine), malgré une saignée de 200 grammes, le malade s'est éteint avant hier.

Si nous avions fait l'autopsie, nous aurions trouvé le parenchyme congestionné et farci de granulations miliaires sans caséification, pas d'hépatisation pulmonaire, rien du côté des bronches.

Nous avons eu affaire à cette forme de tuberculose aiguë, décrite par Jarcoud sous le nom de *tuberculose aiguë*, de *granulie aiguë* à *forme suffocante*.

Comment s'est faite cette tuberculisation ? Il est assez probable que chez ce malade, sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques où il se trouvait, de son existence fatigante qui est un surmenage perpétuel, des granulations s'étaient développées sourdement, sans donner lieu à aucun symptôme, sans évoluer, sans progresser. Mais le malade s'étant livré à des excès vénériens, cause adjuvante de dépression organique et de congestion pulmonaire, il s'est fait des hémoptysies autour des granulations, et par suite un développement rapide de nouvelles granulations. Et c'est certainement cette rapidité de développement qui a donné à la maladie son caractère spécial : ainsi il s'est agi d'une tuberculisation exclusivement pulmonaire, ayant conservé jusqu'au bout la forme granuleuse.

Au point de vue clinique, il faut en tirer la conclusion que, *chez un individu jeune, robuste, une hémoptysie abondante est une chose sérieuse*. Cependant, s'il n'y a pas de fièvre, l'épine inflammatoire rentrera pour le moment dans le silence.

Mais chez un individu ayant eu des hémoptysies, *si l'on voit la fièvre s'élever, c'est un phénomène du plus fâcheux augure*, surtout si cet individu est jeune, robuste, et n'a rien présenté jusqu'alors. Et, ou bien on verra se développer la forme granulique, ou une forme catarrhale, caractérisée par la caséification rapide des granulations, formation de cavernes, d'une évolution souvent aussi rapide.

Le pronostic est donc ici très important à connaître. Les hémoptyses peuvent se produire par fluxion collatérale, et par rupture de vaisseaux plus ou moins considérables ; (Damascino a montré que de petits anévrysmes des branches de l'artère pulmonaire, peuvent se produire dans les cavernes, de quelque nature qu'elles soient, et se rompre en donnant lieu à des hémorrhagies formidables).

Le pronostic n'est pas toujours le même. Voici, par exemple, des tuberculeux chroniques qui peuvent présenter des hémoptysies fréquentes, sans que le pronostic en soit aggravé.

Quand l'hémorragie est abondante, le pronostic devient un peu plus sérieux, car elle peut amener une anémie très prononcée, ou même provoquer une mort subite ; mais ce tuberculeux, dont toutes les autres fonctions sont bonnes, réparera rapidement ses forces et referra du sang.

Au contraire, les hémoptysies qui surviennent chez des individus jeunes, solides, ayant toutes les apparences de la santé, sans signes physiques notables, devront être l'objet d'une attention minutieuse. S'il n'y a pas de fièvre, il faudra prendre les plus grands soins pour éviter le retour d'hémoptysies qui favoriseraient le développement rapide de bacilles dans tout le poumon; s'il y a de la fièvre, alors le cas est d'une gravité extrême, et, dans la grande majorité des cas, malgré tous les efforts, la terminaison est rapidement fatale.—*Concours médical.*

**La fatigue et la courbature.**—M. le Dr Fernand LAGRANGE a publié dans la *Revue des maladies de la nutrition* une longue étude sur la fatigue dans les maladies de la nutrition. En voici quelques extraits.

Tous ceux qui se sont livrés sans ménagement à quelque exercice violent, après une période d'inaction très prolongée, connaissent bien les malaises divers dont est suivie, à quelques heures de distance, une première séance de gymnastique ou d'escrime, une marche forcée, etc. Ces malaises persistent, parfois, pendant vingt-quatre heures et plus. On leur donne généralement le nom de *courbature*, bien que la sensation de brisement des parties du corps qui ont travaillé ne soit pas la seule sensation pénible ressentie.

Chez l'homme qui n'est pas habitué au travail musculaire, il se produit à la suite d'un exercice violent, non seulement des douleurs locales dans les muscles, les tendons, les jointures, mais encore un sentiment général de malaise avec élévation de température, agitation nerveuse, abattement, lassitude, en un mot, les symptômes d'un léger état fébrile. La fatigue consécutive se manifeste par des effets *généraux*, aussi bien que par des effets locaux.

Pour ceux qui ne sont pas habitués aux effets de l'exercice, les effets généraux de la "courbature" sont fréquemment attribués à toute autre cause qu'à la fatigue, parce qu'ils se produisent tardivement. Pendant les cinq ou six heures qui suivent le travail, on ne ressent, le plus souvent, aucun malaise, soit local, soit général, et c'est parfois au milieu de la nuit, que tout brusquement explosion les manifestations de la courbature de fatigue.

La fatigue consécutive, à moins de véritable excès de travail, n'offre pas d'ordinaire des symptômes très violents chez l'homme sain de tempérament robuste. Mais chez l'homme faible, malade ou convalescent, ou simplement chez l'homme prédisposé à certaines maladies, on peut voir surgir à la suite d'un exercice même modéré, mais inaccoutumé, des accidents qui simulent de véritables états morbides; on peut observer même l'apparition des manifestations d'une diathèse jusque-là silencieuse, ou, parfois, le retour d'une maladie dont le sujet semblait guéri.

C'est de la fatigue consécutive que procèdent la plupart des mécomptes de la médication par l'exercice. Il est facile de les conjurer avec des précautions et de la méthode; mais il importe pour se mettre à l'abri des effets très variés de la fatigue consécutive, d'en bien connaître les manifestations et d'en comprendre le mécanisme.

*Effets locaux de la courbature.* Les effets locaux de la courbature sont de nature *mécanique*. Ils consistent dans une sorte de traumatisme des muscles encore mal endurcis au travail, et dont les éléments résistent moins aux froissements, aux secousses, aux tiraillements qu'y provoque tout exercice violent. De là un certain degré d'inflammation des fibres musculaires et tendineuses un peu de *myosite* et de *ténosité*. Chez l'homme sain et robuste les conséquences de ce traumatisme sont ordinairement négligeables; elles peuvent toutefois présenter un certain degré de gravité si l'exercice a été d'une violence extrême ou d'une durée excessive. On voit assez fréquemment se produire des ruptures de fibres musculaires et de tendons après des efforts exagérés; on a signalé mêmes des myosites suppurées, des inflammations des bourses séreuses, des arthrites, quand l'exercice trop violent avait été prolongé outre mesure.

D'ordinaire les douleurs locales qui suivent un exercice nouveau vont en s'atténuant et disparaissent au bout de deux, trois, quatre jours. Il faut savoir, toutefois, que chez certains sujets elles persistent une semaine entière avec assez d'intensité pour rendre la reprise de l'exercice impossible. Cela ne s'observe guère qu'après un exercice très violent. Mais il ne faut pas oublier que nous parlons ici de l'exercice considéré comme agent thérapeutique et par conséquent appliqué à des malades, à des valétudinaires, à des convalescents; en un mot à des sujets débilités. D'autre part, la caractéristique de "violent" appliquée à l'exercice ne doit pas se déduire seulement de l'intensité de l'effort musculaire, mais aussi du degré de résistance des muscles qui en subissent l'effet. Aussi voit-on des convalescents, par exemple, éprouver des douleurs musculaires violentes et persistantes, pour avoir marché modérément ou monté quelques marches d'escalier.

La courbature est parfois, pour le médecin, une cause d'erreur digne d'être signalée. Quand il s'agit, par exemple, de faire sortir de l'immobilité, où on l'a tenu, un malade atteint d'une affection articulaire, il arrive, presque toujours, que la première épreuve du mouvement a pour résultat de réveiller dans la région malade des douleurs qui persistent parfois plusieurs jours. On sait avec quelle rapidité s'atrophient les muscles voisins d'une articulation malade. Le moindre effort de marche devient pour ces muscles débilités un exercice violent, et y détermine avec exagération les effets mécaniques de la courbature qui se manifestent surtout dans le voisinage de l'articulation, au point

d'attache des muscles courbaturés. Très fréquemment cet endolorissement, essentiellement bénin et sans conséquence, est pris pour un retour offensif de la maladie. L'exercice est incriminé ; on replace le membre dans l'immobilité, et la maladie s'éternise, les muscles demeurant, par la continuité du repos, de plus en plus vulnérables à la fatigue.

Inversément, il est vrai, on peut prendre pour une simple courbature des accidents qui constituent une véritable aggravation de la maladie à la suite d'un exercice trop violent ou prématuré. Nous avons dit, en effet, qu'une courbature exagérée peut déterminer chez l'homme sain des phénomènes inflammatoires dans les muscles et les articulations ; à plus forte raison ces accidents pourront-ils se produire sur un membre déjà malade. Mais c'est là, avons nous besoin de le dire, une question de mesure. L'exercice doit être très prudemment dosé quand il s'agit d'une articulation malade, et, si la marche est un exercice trop violent pour elle, il est des moyens autres que la marche pour administrer à doses progressives le précieux agent thérapeutique qui s'appelle le mouvement.

*La formule chimique de la fatigue.* — Les effets " généraux " de la fatigue consécutive sont dus d'une part à des modifications chimiques développées dans les muscles par le travail, et, d'autre part, à des troubles fonctionnels apportés par les diverses organes par l'exagération de leur fonctionnement.

Les modifications chimiques qui se produisent dans le muscle en travail, nous l'avons dit, consistent dans la formation de diverses substances anormales, sortes de résidus des combustions exagérées qui accompagnent toujours la contraction musculaire. On trouve dans un muscle fatigué, de l'acide lactique, de la créatinine, de l'acide urique, et ces produits, peu à peu, se détachent du muscle que le sang artériel vient laver, et entrent dans le torrent de la circulation. Après y avoir séjourné un certain nombre d'heures, ils s'éliminent par l'urine où l'analyse chimique les retrouve. Pendant tout le temps que ces produits anormaux, impropres à la vie, séjournent dans le sang, ils déterminent dans l'organisme une sorte d'empoisonnement passager qui se traduit par le sentiment de malaise, de lassitude générale, de prostration et parfois par les phénomènes fébriles que nous avons signalés.

Telle est l'explication que nos expériences personnelles nous ont amené à fournir des troubles généraux de la santé, qui suivent un exercice violent quand on n'y est pas accoutumé.

**Du traitement de la fièvre chez les phthisiques.**—Le traitement antipyrétique dans la phthisie constitue un des facteurs les plus importants de la thérapeutique de cette maladie. La fièvre hectique par suite de son action défavorable sur la nutrition et sur le processus local ajoute au danger de la situation, et c'est

avec raison que Brehmer a pu dire qu'un phtisique succombe d'autant plus rapidement que la fièvre est plus vive; pour lui, le traitement de la fièvre est un point capital du traitement de la phtisie.

La cause de l'élévation de la température chez les phtisiques n'est pas toujours univoque et partant, n'est pas toujours facile à expliquer. La variété des lésions, les modifications dans la marche clinique de la maladie, les complications en sont les principales causes.

La fièvre peut être un phénomène sous la dépendance de l'état catarrhal ou bien être l'expression de la nécrobiose caséuse (fièvre hectique) ou bien être la conséquence de la résorption des produits nécrosés.

Au point de vue thérapeutique, il serait cependant difficile de tenir compte d'une division par trop schématisée de la fièvre chez les phtisiques, précisément parce qu'il est souvent impossible de tenir compte des conditions pathogéniques ou anatomopathologiques pendant la vie et qu'on prend seulement pour guide la marche clinique des symptômes.

On admet en général trois formes fébriles qui sont: la forme initiale ou continue, la forme hectique ou concomitante, enfin la forme septique.

La première, comme l'indique son nom, débute avec la maladie ou annonce la récurrence d'un processus qui semblait depuis longtemps éteint. La courbe est celle d'une fièvre continue ou rémittente avec des ascensions thermiques de 40 degrés.

Elle peut durer des semaines entières, s'arrêter ou faire place à la fièvre hectique. Souvent cependant elle est irrégulièrement rémittente, et ce caractère constitue un signe important de la phtisie rapide ou floride.

La fièvre hectique est très analogue à la précédente, mais dépasse rarement 39 degrés; les lésions pulmonaires progressent d'une manière continue, mais cependant moins rapidement que dans la dernière forme.

Le type fébrile septique, qui se montre dans la période terminale de la phtisie, est dû à la résorption des produits nécrosés qui donnent lieu à des toxalbumines. Il débute habituellement par un frisson, se continue par des paroxysmes fébriles intermittents s'élevant à 36 degrés et conduit à l'épuisement rapide des malades. Dans ce stade, la peau est d'un gris cachectique comme dans la pyémie.

Tels sont les types principaux que l'on peut souvent reconnaître au point de vue étiologique et pathogénique. Dans la plupart des cas on peut le distinguer assez facilement et en tirer parti au point de vue du pronostic et du traitement, bien qu'il existe des transitions entre chacune des formes admises:

Dans la forme septique, le traitement d'ailleurs purement symp-

tomatique est impuissant, et le mécanisme pathogénique exclut toute intervention heureuse.

C'est d'ailleurs dans la période apyrétique de la phthisie qu'il est le plus facile de lutter contre la maladie, le principe de Niemeyer est toujours vrai, il faut relever la force de résistance de l'organisme. En stimulant les fonctions, on augmente la résistance des tissus contre l'invasion microbienne et on lutte contre la tendance destructive des parties lésées, ce qui est le meilleur moyen d'arrêter les paroxysmes fébriles hectiques.

Partant de ces principes, il faut rompre avec les anciennes règles thérapeutiques qui s'appuyaient sur les narcotiques d'une part, les antipyrétiques de l'autre.

Si les narcotiques exercent une action bienfaisante momentanée sur la toux, l'insomnie, ils compromettent les fonctions digestives, empêchent l'expectoration et par conséquent l'élimination des produits ayant une action nuisible sur l'organisme.

L'administration des antipyrétiques nouveaux n'est pas plus heureuse, tous ces médicaments diminuent l'énergie cardiaque, n'influencent la fièvre qu'au point de vue symptomatique, si tant est qu'ils aient une action notable. Le traitement symptomatique n'est de mise que dans les cas de tuberculose rapide où l'humanité demande seulement de soulager le malade.

Les accès fébriles concomitants cessent dans les traitements que les malades suivent dans les stations et dans les sanatoria. Le séjour dans un air plus riche en oxygène, le coucher la nuit avec les fenêtres ouvertes, les frictions humides froides faites avec prudence, un régime substantiel et varié exercent une telle action sur la nutrition, que c'est à peine s'il est nécessaire de recourir à un médicament interne. Il n'en est plus de même dans la pratique privée et hospitalière qui prive le patient d'un air pur en hiver, force est alors d'avoir recours aux médicaments.

Après de longues recherches sur le traitement de la fièvre chez les phthisiques, Hochhalt est revenu avec succès à l'arsenic. Ce médicament relève l'appétit, même chez les fébricitants, et amène une augmentation du poids corporel, mais à l'exception du catarrhe initial récent des sommets, il n'exerce aucune influence sur la marche des lésions qui poursuivent leur cours. La fièvre hectique est manifestement influencée, lorsqu'elle offre le type concomitant et intermittent et qu'elle ne s'élève pas au-dessus de 39 degrés. Par contre, l'arsenic n'a aucune action sur la fièvre initiale et les formes rapides de la phthisie. On peut donner la solution de Fowler, on commence par 1 à 2 gouttes en augmentant chaque jour pour aller jusqu'à 5 ou 6, rarement au delà. Les phthisiques fébricitants supportent rarement plus de 10 gouttes de liqueur de Fowler, car alors apparaissent des accidents d'intoxication: diarrhée, ténésme, colique, vomissement. La fièvre cesse en général du cinquième au douzième jour. La diarrhée qui pourrait

survenir indique l'intolérance et l'on doit alors abaisser les doses.

L'action favorable de l'arsenic ne se manifeste pas seulement par l'abaissement de la fièvre et la suppression des sueurs nocturnes, mais encore par le relèvement de l'appétit et du poids corporel. Une fois que la fièvre a cessé, on peut instituer le traitement créosoté.

La fièvre continue et rémittente oppose une résistance considérable au traitement arsenical. Ce type fébrile est une manifestation de la caséification et l'expression d'une forme clinique de phthisie floride. C'est surtout en tonifiant l'organisme, en augmentant sa résistance qu'on peut combattre cette tendance à la caséification. D'un autre côté, dans le traitement de la fièvre on doit tenir compte de l'état du cœur, il est de règle que chez le phthisique la pression artérielle est faible. Avec une action cardiaque insuffisante, la résorption des produits inflammatoires dans les poumons infiltrés est lente et difficile, ce qui est une condition fâcheuse pour la bonne nutrition du tissu pulmonaire. Celui-ci résiste d'autant moins à l'invasion bacillaire et à la caséification que le tissu est plus anémique. Les anciens médecins tenaient déjà compte de la faiblesse du cœur dans la première période de la phthisie floride.

Brehmer et Dettweiler recommandent des applications prolongées de vessies de glace, d'autres emploient l'alcool. Ziemssen fait remarquer que les boissons alcooliques fortes et le cognac dans les formes éréthiques avec tendance à l'hémoptisie sont contre-indiqués dans la période aiguë de la phthisie.

La digitale, recommandé par Kühle et Liebenmeister, ne doit cependant être prescrite qu'avec précaution; on a employé plus avantageusement la teinture de coronille comme un succédané qui n'est pas toxique quoique doué d'une bonne action thérapeutique. Cette teinture au dixième, à la dose de 10 à 20 gouttes diminue le nombre des pulsations et élève la pression sanguine, tout en abaissant légèrement la température. Cette action antipyretique se ferait sentir, d'après Hochhait, dans les cas de fièvre initiale, lorsqu'il n'existe pas de lésions graves de tissu. Ce médecin associe la teinture de coronille à 1 gramme et 1 gramme et demi de quinine. Si la fièvre continue, se transforme en fièvre intermittente faible, on passe au traitement arsenical. Quant à la créosote, que l'on emploie dès que le phthisique n'est plus fébricitant, on peut l'employer suivant tous les modes d'administration; cependant la voie stomacale n'est pas toujours supportée au début. On peut se servir de suppositoires composés de 20 centigrammes de créosote et de 5 grammes de beurre de cacao. Les malades en emploient 1 ou 2 grammes par jour. On ne peut pas arriver à de fortes doses au début sous peine de réveiller la fièvre. Mais nous ne voulons pas traiter ici de la question vaste du traitement créosoté dans la phthisie, ce serait sortir de notre sujet, il nous suffit d'avoir indiqué

à quel moment le traitement doit être commencé ou repris. En résumé, le traitement antipyrétique du phtisique febricitant consistera moins à avoir recours aux antipyrétiques proprement dit, qui n'ont qu'un effet léger et passager, qu'à employer un traitement indirect propre à agir sur le tissu pulmonaire malade par l'arsenic, les cardiaques et sur la nutrition tout entière par les moyens propres à les stimuler.—DR SAVIGNY, in *Revue de thérap. méd. chir.*

---

## CHIRURGIE.

---

**La blennorrhagie chez l'homme.—Son traitement et ses conséquences (1).**—Les conséquences de la blennorrhagie sont innombrables : elles sont de deux sortes, immédiates et éloignées.

Les conséquences immédiates sont l'*orchite* ou plutôt l'*épididymite* uni ou bi-latérale, qui peut aboutir à la stérilité, la *cystite du col*, la *prostatite* et leur transformation en cystite et prostatite tuberculeuses, la *vésiculite tuberculeuse*, l'*arthrite subaiguë*, habituellement monoarticulaire, aboutissant soit à l'ankylose, soit à l'arthrite tuberculeuse, la *conjonctivite purulente*.

Les conséquences éloignées sont encore plus nombreuses et plus graves, parce qu'elles atteignent, non plus seulement le malade, mais encore sa propre femme, victime bien innocente la plupart du temps, que dis-je, même ses enfants. Le malade est exposé aux *rétrécissements* et à toutes leurs conséquences jusqu'à la rétention, l'infiltration d'urine, les abcès urinaires, et., à la *tuberculose testiculaire*, aux *pyérites ascendantes*, aux *myélites chroniques*, *névrites*, *sciaticques*, etc. La femme, qui l'a contractée de son mari, à la *métrite aiguë*, aux *salpingites*, *pelvi-péritonites*, *ovarites*, *suppurations pelviennes*, les enfants enfin à la *conjonctivite purulente* et à l'*ophtalmie*.

Nous ne parlerons pas du traitement de toutes ces complications. Là n'est pas notre but. Nous nous bornerons à étudier un point difficile de la pratique médicale : ce que le médecin doit faire pour éviter au moins les conséquences chez la femme du malade et, par suite, chez le nouveau-né. Nous nous aiderons, dans cette partie de notre travail, des recherches de M. Janet publiées dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires*.

Neisser a interdit le mariage à ceux qui sont infectés de blennorrhagie. Finger, dans son beau travail sur la blennorrhagie, eut la notion que cette précaution n'était pas suffisante, et il for-

---

(1) Suite et fin, voir la livraison de décembre 1893.

mula ainsi les conditions qu'il faut exiger des anciens blennorrhagiques pour les autoriser à se marier.

1o Caractère purement épithélial de la sécrétion et en particulier des filaments.

2o Absence complète de gonocoques dans cette sécrétion et dans ces filaments, même après l'irritation artificielle de la muqueuse par un lavage de l'urèthre au nitrate d'argent ou au sublimé (Preuve de Neisser, 1883).

Les caractères précédents doivent persister pendant deux à quatre semaines d'examen journalier.

3o Être exempt de manifestation locale, rétrécissement, prosta-torrhée, qui nécessiterait la prolongation du traitement.

Ces lois ont été universellement admises en Allemagne, en Autriche, en Angleterre et enfin en France. Quoique logiques, ces lois sont encore insuffisantes.

M. Audry est de l'avis de Finger; il admet que la chaude pisse n'est plus dangereuse quand il n'y trouve plus de gonocoques. "Chaque fois, dit-il, que plusieurs examens m'ont prouvé la disparition du gonocoque, je renvoie les patients sans autre recommandation très énergique que d'éviter tout coït non protégé par un condom. Du reste, avant d'en arriver là, j'ai soin de les engager à boire de la bière, de l'alcool, etc., afin de m'assurer de la réalité de la guérison." Au besoin, on injecte quelques gouttes du nitrate d'argent à 1/200 et de sublimé à 1/2000, qui ne manqueront point de faire réapparaître une blennorrhagie tout à fait latente.

M. Janet n'est pas si large. Il prétend qu'il ne faut pas voir que le gonocoque dans la blennorrhagie, mais encore, *l'état de réceptivité* aux autres microbes que la blennorrhagie a créés pour l'urèthre. De telle sorte que, pour lui, les contre-indications absolues au mariage pour les anciens blennorrhagiques sont :

- 1o Le gonocoque ;
- 2o L'état de réceptivité.

L'étude que nous venons de faire explique suffisamment ces deux lois : la première, le danger du gonocoque matrimonial, ne mérite pas de nous arrêter, ce fait est aujourd'hui banal ; la seconde a besoin de quelques explications.

Si nous laissons marier un malade en état de réceptivité, même s'il est en très bon état au moment de son mariage, même si, grâce à nos soins, il n'a plus ni rétrécissement, ni filaments, ce malade, au bout de quelque temps de mariage, fait une infection secondaire qui vient soit de l'air, soit d'un coït extra conjugal avec une femme métritique, soit du propre vagin de sa femme (nous savons en effet, que les microbes qui habitent le vagin des femmes saines peuvent donner lieu à des infections urethrales secondaires). Ces microbes, quelles que soient leurs sources, pullulent dans son urèthre, y acquièrent probablement une virulence spéciale par isolement de culture, et, finalement, sont inoculés à l'utérus de sa

femme pendant un de ses moments de réceptivité, après les règles ou après les couches. Telle est l'histoire très simple des infections non gonococciques des femmes mariées. Il ne faudrait pas croire que ce soit un fait rare, si le gonocoque est fréquent dans les familles de tous les mondes, ces infections par microbes divers ne sont pas moins fréquentes ; il suffit de les chercher pour les trouver.

L'état de réceptivité est donc un vice redhibitoire absolu pour le mariage. Comment pourrions-nous le reconnaître sur le malade qui se présente à nous ?

Le seul moyen d'arriver à faire ce diagnostic, c'est de recueillir avec soin l'histoire du passé vénérien de ce malade, d'observer avec précision son état actuel, et de le suivre ensuite pendant un temps qui reste à déterminer.

Dans le passé on trouve le souvenir de nombreuses petites poussées d'uréthrites survenues quelques heures après les coïts les moins suspects, durant peu, faciles à guérir, relativement peu aigres. Ces malades ont tellement l'habitude de s'infecter qu'ils redoutent toutes les femmes, ne coïtent qu'en condom ou même renoncent à coïter. Ils désirent se marier pour être sûrs d'avoir une femme saine. Ceux d'entre eux qui le font sont tout étonnés après leur mariage d'être infectés par leur femme comme par la première prostituée venue ; ils ne tardent pas, du reste, à lui rendre la pareille.

Pour ces raisons, M. Janet veut qu'après un traitement bien dirigé, paraissant avoir amené la guérison, on attende au moins deux mois pour observer la suite de la guérison, en reprenant la vie commune.

En cas de blennorrhagies anciennes, la première chose à faire est de faire disparaître le gonocoque, s'il existe ; quelques lavages de permanganate suffisent à obtenir ce résultat, et les infections secondaires, s'il y en a, par quelques lavages de sublimé. Il faut ensuite soigner, par les méthodes habituelles, l'urèthre ainsi désinfecté et prolonger longtemps ce traitement. La guérison rapide du blennorrhagique chronique par quelques cautérisations est un mythe. Il faut alors l'observer pendant six mois, huit mois, davantage même, j'usqu'à ce que la suppression totale des précautions et la reprise des habitudes ordinaires aient affirmé la non réceptivité.

« Quelle conduite devons-nous tenir quand, malgré notre défense, le mariage a lieu, et quand on nous demande des conseils sur la manière d'éviter tout accident, et que devons-nous faire, quand un accident a eu lieu et a été guéri, pour éviter son retour ?

Nous devons exiger que le mari se fasse visiter au début de la moindre recrudescence uréthrale, et s'abstienne absolument de coïts pendant qu'elle a lieu. Qu'il vienne nous trouver et se désinfecter immédiatement, si l'infection s'est produite, cela indéfiniment jusqu'à nouvel ordre.

Pour éviter les infections, il faut lui conseiller de se laver tous les jours le méat avec le sublimé à un trois millième, lui interdire absolument les rapports extra-conjugaux de quelque nature qu'ils soient; lui recommander de ne pratiquer le coït qu'après avoir uriné, et de s'abstenir du coït pendant les cinq jours qui précèdent et les cinq jours qui suivent les règles; en cas d'accouchement, pendant les trois mois qui suivent les couches, c'est à dire d'attendre le second retour de couches, ou son époque, si la mère nourrit son enfant.

Pour protéger encore plus efficacement la femme, il est bon de lui faire faire tous les jours de larges lavages vaginaux au sublimé de un cinq millième à un dix millième, et, dans les cas graves, d'exiger le coït en condom.

Avant de terminer cette étude, je ne puis m'empêcher de constater l'importance qu'il y aurait, pour supprimer tous ces dangers, à guérir rapidement les chaudes pisses, puisque nous avons vu que la restitution *ad integrum* de l'urèthre avec une chaude-pisse aiguë de courte durée est la règle.

Ce terrible état de réceptivité est aussi dangereux et bien plus rebelle que l'infection gonococcique, il ne tient qu'à nous de le supprimer. Ne laissons pas les chaudes pisses s'éterniser; ne laissons pas, par un traitement antiphlogistique de plusieurs mois, les gonocoques exercer leurs ravages dans toute l'épaisseur de l'urèthre. Le mieux est de faire d'emblée une bonne irrigation régulière au permanganate de potasse suivant notre méthode."

Telle est la vraie prophylaxie des infections pelviennes de la femme, et de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.—Dr PAUL HUGUENIN, in *Concours médical*.

**Les neurasthéniques urinaires**, par M. GUYON, in *Annales des maladies des organes génito urinaires*.—Depuis longtemps déjà et à plusieurs reprises M. Guyon s'est efforcé d'attirer l'attention sur l'influence que certains états nerveux peuvent avoir sur la miction et il a observé et signalé toute une catégorie de malades auxquels il a donné le nom de *faux urinaires*.

Ces faux urinaires peuvent eux-mêmes se diviser en deux grandes classes: les faux urinaires *médullaires* (tels les ataxiques, les malades atteints de sclérose en plaque, et les faux urinaires *neurasthéniques* (tels les hystériques, les dégénérés). C'est de cette dernière classe seulement qu'il va être question.

La plupart de ces malades viennent trouver le chirurgien soit parcequ'ils pissent mal, soit parcequ'ils souffrent, soit pour ces deux causes réunies. D'autres, beaucoup moins nombreux, se plaignent de troubles fonctionnels très particuliers et qu'on n'est guère habitué à rapporter à un simple état nerveux; ces troubles peuvent consister en pollakiurie diurne, presque jamais nocturne, mais souvent en réalité de la miction. D'autres fois c'est de l'in-

continence nocturne et diurne à la fois, quelquefois enfin ce sont des troubles de l'appareil génital qui dominant la scène.

Chez ces malades se montrent les stigmates de la neurasthénie, de l'hystérie, de la dégénérescence. En effet chez presque tous il existe une anesthésie pharyngée la plupart du temps absolue, quelquefois seulement incomplète mais notable.

Mais il y a plus : chez près de la moitié se rencontrent d'autres stigmates d'hystérie, tels que hémianesthésie sensitive ou sensorielle, complète ou incomplète, traces d'anesthésie ou d'hyposthésie, rétrécissement du champ visuel, crises de larmes, sensation de boule...

En somme, ces malades sont des névropathes, et l'interrogatoire n'est pas terminé que l'on connaît non seulement les troubles fonctionnels de la miction ou de la génération, non seulement les troubles nerveux que présente le malade, mais le caractère, au point de vue moral. Ces neurasthéniques sont des gens tout d'abord scrupuleux, méticuleux, examinant tout à la loupe, leurs devoirs sociaux comme leurs sensations et leurs souffrances. Ils racontent longuement et par le menu mille petits détails fastidieux, et souvent non contents de les raconter, ils les écrivent.

Une nouvelle preuve de leur névropathie est leur hérédité nerveuse. Comme antécédents personnels, quelques uns se rappellent avoir été colères dans leur enfance, se roulant par terre, d'autres tristes, taciturnes, bouderons.

La plupart se tiennent longtemps éloignés des rapports sexuels. Quelques uns attendent jusqu'à leur mariage et souvent mal leur en prend, car se méfiant d'eux-mêmes, ils éprouvent alors échec sur échec. D'autres fois ces neurasthéniques, qui entrent si tard dans la vie génitale, y sont arrêtés souvent presque dès le début par la blennorrhagie. La blennorrhagie est, comme le fait remarquer M. Guyon, une véritable pierre d'achoppement pour le tempérament : rhumatisants, tuberculeux, neurasthéniques sont à cette occasion, victimes d'une véritable explosion de leur diathèse jusque là plus ou moins cachée.

L'examen physique du malade donne la plupart du temps des résultats négatifs. C'est précisément le nombre et l'intensité des troubles fonctionnels d'une part et d'autre part l'absence complète de lésions anatomiques qui est le grand caractère de cette affection.

Les urines de quantité normale, quelquefois un peu augmentée, sont presque toujours claires. Presque toujours le canal est souple et sain. Si l'olive exploratrice ne rencontre pas de rétrécissement, presque toujours elle rencontre une légère résistance spasmodique dans la région membraneuse à l'aller et au retour. Ce spasme peut expliquer la difficulté de miction accusée par les malades.

À ce spasme de la région membraneuse correspond toujours une hyperesthésie des plus manifestes. Elle s'accuse aussi par le toucher rectal.

Quant à la vessie, sa contractilité est le plus souvent affaiblie, diminuée au-dessous de la normale. Ceci explique que les malades pissent mal; leur vessie se contracte insuffisamment.

On voit combien l'examen fonctionnel d'un viscère a en clinique une importance considérable. L'étude du symptôme, dit en terminant M. Guyon, est intimement liée à celle de la fonction, et cette alliance intime de la physiologie et de la clinique est plus qu'on ne le croit, utile et féconde.

**Réséction de l'intestin**, par von EISELSBERG, in *Wiener Klin. Wochenschrift*.—Une jeune fille de 15 ans était sujette, depuis trois années, à des accès de typhlite. Quelque temps avant son entrée à l'hôpital, une tumeur s'était formée dans la région du flanc droit; cette tumeur s'était ouverte spontanément, donnant issue à des matières fécales. Finalement l'évacuation des excréments ne se fit plus guère que par cet orifice artificiel.

Laparatomie, 31 août 1892). Une tumeur dure, bosselée, était fixée par des adhérences à la paroi abdominale antérieure. Une anse intestinale pénétrait dans cette tumeur, du bord externe de laquelle se détachait le côlon ascendant. Une sonde introduite dans la fistule pénétrait à la fois dans l'intestin grêle et dans le gros intestin. Une ligature fut appliquée sur l'intestin grêle, et une autre sur le gros intestin, en amont et en aval de la tumeur et des deux canaux sectionnés. L'intestin grêle fut ensuite abouché au gros intestin, et les deux canaux furent suturés l'un à l'autre. Les bouts de la portion d'intestin séparée du reste du conduit intestinal furent également suturés, au moyen d'une rangée intéressant la séreuse. La plaie cutanée fut oblitérée au moyen de sutures étagées.

Pas de réaction fébrile consécutive. Retour rapide des forces. Huit semaines après l'opération, alors que la fistule était réduite à une solution de continuité très étroite, il se fit une évacuation spontanée de matières fécales par la commissure inférieure de la plaie cutanée. Mais cette complication prit fin au bout de quatre jours. Le poids corporel de la jeune fille s'était élevé de 26 à 52 kilogrammes, en l'espace de quatre mois.

**Lésion traumatique du diaphragme**, par le Dr von FREY, in *Wiener Klin. Wochenschrift*.—Un étudiant de 21 ans avait été blessé en duel d'un coup de sabre au thorax. La blessure occupait le 8e espace intercostal; elle mesurait 24 centimètres en longueur et elle pénétrait dans la cavité thoracique. A son niveau, le poumon venait faire hernie au moment des mouvements inspiratoires. Le diaphragme était divisé sur une longueur de 11 centimètres. L'incision se montrait au niveau de la plaie thoracique lors des mouvements respiratoires. On sutura le bord médian de la plaie diaphragmatique au bord inférieur de la huitième côte et

on tamponna avec de la gaze iodoformée la fente qui débouchait dans la cavité abdominale. Le quatrième jour, on ferma avec des points de suture la plaie de la paroi thoracique. Le patient a quitté l'hôpital au bout de treize jours; il s'est entièrement rétabli.

**Un traitement des varices.**—D'après M. le Dr LANDERER, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Leipzig, la cause première du processus variqueux ne serait pas une alteration des parois des veines, mais consisterait en une atrophie des valvules veineuses qui, dans la suite, finiraient par disparaître. Les veines privées ainsi de leurs valvules doivent supporter le poids de toute la colonne sanguine qui presse sur elles. Elles finissent par céder à cette pression et se dilatent. En partant de cette notion, M. Landerer a imaginé de traiter les varices, non pas, comme on a coutume de le faire, par le port de bas ou de bandes élastiques, mais au moyen d'une compression locale exercée sur la veine au dessus du point où commence la dilatation du vaisseau. Cette compression remplacerait en quelque sorte les valvules et agirait aussi d'une façon analogue à la ligature de la veine saphène, opération préconisée contre les varices des membres inférieurs par M. le Dr Trendelenburg, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Bonn, et qui donne, comme on sait, d'excellents résultats.

Pour exercer cette compression locale, M. Landerer se sert d'un petit bandage en forme de jarretière, muni d'une pelote remplie d'eau ou de glycérine, et qu'un ressort applique sur la veine dilatée. Dans les cas les plus fréquents où les varices ne dépassent pas le genou, le bandage est appliqué au dessous de cette articulation et de façon que la pelote agisse sur la face interne de la jambe, au point où se trouve la saillie de la saphène. Lorsque les varices remontent au-dessus du genou, le bandage doit être appliqué sur la cuisse. Enfin, si les varices s'étendent jusqu'au niveau du point où la veine saphène se jette dans la veine crurale, on se sert d'un bandage analogue à celui qu'on emploie contre les hernies crurales.

Ce moyen de traitement serait moins gênant et tout aussi efficace que les bas et bandes élastiques. Il n'entrave ni la marche ni la perspiration cutanée. M. Landerer et son assistant, M. le Dr L. Robitzsch, l'ont employé jusqu'ici chez environ cent malades. Dans 90 0/0 de ces cas, les symptômes les plus pénibles de varices—œdèmes, douleurs, sensation de pesanteur—ont complètement disparu. Chez un certain nombre de malades, surtout dans les cas de varicocèle, le résultat obtenu équivalait presque à une guérison radicale.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**Injections intra-utérines de glycérine.**—M. A. Simpson relate les résultats favorables obtenus à l'Hôpital Royal de la Maternité par les injections intra-utérines de glycérine dans les cas de rigidité du col ou de faiblesse des contractions de l'utérus. Deux injections suffisent généralement.

Ces injections ont aussi été employées dans le but de provoquer l'accouchement chez une femme atteinte d'éclampsie. Dans ce cas, en effet, la femme accoucha rapidement, mais elle succomba à sa maladie.—(*La sem. méd.*).

**Mort à la suite d'injections intra-utérines.**—Nous extrayons d'une correspondance, adressée de Berlin à la *Medical Press*, les remarques suivantes :

Il semble étrange que beaucoup de gynécologistes aient si facilement recours aux injections intra-utérines, alors que cette pratique présente tant de dangers. On signale en effet de nombreuses observations où l'on rapporte que la mort a suivi de près l'injection. Tarnier rapporte trois cas.

Deux malades moururent après une injection au sublimé, une autre mourut quelques heures après une injection au sulfate de cuivre. Plusieurs auteurs se complaisent à ne considérer que l'innocuité et la facilité de cette petite intervention gynécologique; jamais l'on ne s'appesantit sur les dangers qu'elle présente. Bien que des cas de mort aient suivi les injections intra-utérines de perchlorure de fer, faites après l'accouchement; ceux qui ont préconisé ce traitement n'ont jamais admis qu'il pût, dans aucun cas, présenter un danger.

Le même journal rapporte l'observation d'une malade chez laquelle on pratiqua une injection de 2 grammes de sesquichlorure de fer liquide, goutte à goutte, à l'aide de la seringue de Braun. La dilatation du canal cervical était suffisante pour permettre le retour facile du liquide. Après l'injection, la matrice fut irriguée avec une solution phéniquée à 2 p. 100. Deux heures après, la femme était morte. Elle était traitée pour rétroversion utérine et endométrite chronique. A l'autopsie, on découvrit une thrombose des veines utérines qui s'étendait jusqu'à l'iliaque interne droite.

**La vulvo-vaginite des enfants.**—M. Williams insiste sur la fréquence de cette affection qui se présente une fois sur 100 malades dans les dispensaires. La plupart des cas sont infectieux et sans doute d'origine gonorrhéique.

Cette origine n'a pas encore été absolument prouvée par les recherches bactériologiques. L'infection est généralement indirecte; elle se produit par l'usage des mêmes objets de toilette dans une famille, ou, si les enfants infectent eux-mêmes leurs organes génitaux en se touchant. Le plus souvent l'infection vient d'un cas d'ophtalmie, et dans des cas rares d'une infection à la naissance ou d'un acte coupable.

La maladie est très longue et ordinairement ne cause pas de grands troubles constitutionnels. Quelquefois il se produit des troubles internes sérieux comme une salpingite ou péritonite pelvienne. Le diagnostic des affections infectieuses ou non, est seulement possible par le microscope; par mesure de précaution tous les cas doivent être traités comme s'ils étaient infectieux. Le traitement le plus efficace consiste en une propreté extrême de l'enfant et de ceux qui le soignent et dans les applications locales de nitrate d'argent au 1/50. Dans les hôpitaux d'enfants ces malades devraient être isolés.—(*Jour. méd. de Paris*).

**Bassin Justo-Minor aplati avec diamètre minimum de 8½.**  
**—Insuccès du forceps.—Symphyséotomie.—Enfant vivant.—**  
**Guérison de la mère.—**Observation recueillie par M. MAGNAUX, interne de service.—La nommée Chabrilat, femme Broca, âgée de 27 ans, domestique, entre à la Maternité de Tenon le 5 septembre 1893.

Elle raconte qu'elle a marché tard, que jusqu'à l'âge de six ans elle aurait porté des appareils pour maintenir ses jambes droites.

Réglée à 14 ans, et depuis régulièrement.

Le 10 mai 1890 elle accouche à l'hôpital de la Pitié d'un enfant mort. Elle raconte qu'on lui donna du chloroforme, et ne sait rien d'autre au sujet de l'intervention qui eut lieu à cette époque.

Dernières règles du 4 novembre 1892; grossesse de neuf mois et deux jours.

Les douleurs ont commencé le 5 septembre, à trois heures de l'après midi.

On examine cette femme. De petite taille, ses membres, son tronc ne portent pas de traces de rachitisme.

Le bassin paraît généralement rétréci; c'est un bassin justo-minor. Au toucher, on atteint le promontoire. Le diamètre sacropubien mesure 8 cent. (déduction faite).

La tête du fœtus est mobile au-dessus du détroit supérieur; le dos regarde à gauche.

Rupture de la poche des eaux à 11 h. 30 soir.

Le 6 septembre. Les douleurs reviennent environ tous les quarts d'heure. Tête toujours mobile. Le col, complètement effacé, présente une dilatation de 2 fr.

Le soir, on injecte à la malade 4 cent. de chlorhydrate de morphine, qui lui procure deux heures de repos.

Le 7 septembre. Le travail se poursuit lentement. Le soir, la dilatation a presque l'étendue d'une pièce de 5 fr. transversalement : elle est beaucoup moindre d'avant en arrière. Elle a la forme d'une boutonnière.

8 septembre. Les douleurs sont plus fortes, reviennent toutes les dix minutes. Tête toujours mobile. Bosse séro sanguine vo'umineuse, elle fait saillie à travers le col. A midi, la dilatation a l'étendue d'une paume de main.

A 5 heures, elle est presque complète transversalement ; en avant et en arrière, le col est très dilatable. Les battements du cœur fœtal sont très bons. On donne du chloroforme à la malade.

M. Auvard fait une application du forceps Tarnier, au-dessus du détroit supérieur en saisissant la tête du front à l'occiput. On exerce des tractions pendant vingt minutes. La tête du fœtus ne manifeste aucune tendance à s'engager. M. Auvard pratique alors la symphyséotomie.

Incision sur la ligne médiane, s'étendant de deux travers de doigt au-dessus de la symphyse des pubis jusqu'au clitoris ; on pince les vaisseaux qui saignent, surtout au niveau du clitoris où de grosses veines donnent en nappe. Incision de la ligne blanche, à travers laquelle on peut introduire le doigt derrière la symphyse des pubis, après avoir refoulé en haut la tête du fœtus à l'aide du forceps laissé en place. On sectionne la symphyse avec le bistouri boutonné, la vessie étant protégée par l'index gauche. Les pubis s'écartent aussitôt de cinq centimètres. M. Auvard exerce des tractions avec les branches du forceps pendant qu'un aide com'prime avec deux tampons d'ouate les tissus sectionnés. La tête descend très facilement, fait un mouvement de rotation. Mais la partie antérieure du vagin n'étant plus soutenue par le plan osseux se déchire le long de la branche ischio-pubienne gauche. On désarticule le forceps ; à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum on fait exécuter à la tête de l'enfant son mouvement de déflexion. On achève rapidement l'extraction et sectionne le cordon.

Pendant qu'on insuffle l'enfant chez qui la respiration s'établit rapidement, M. Auvard procède à la délivrance, puis aux sutures.

Les aides ont rapproché les deux pubis.

Un seul plan de suture au crin de Florence avec des aiguilles courbes en points séparés.

On saisit avec des pinces à forcipressure les deux lèvres de la déchirure vaginale. Suture aux crins de Florence.

Pansement à la gaze iodoformée des plaies abdominale et vaginale.

On maintient le contact du pubis par un bandage de flanelle de trois mètres de long roulé autour du bassin ; une serviette maintient les cuisses rapprochées.

9 septembre. Cathétérisme vésical, assez difficile, car l'orifice

de l'urètre est dévié à gauche par les sutures. Les jours suivants, la malade urine seule. Les deux premiers jours après l'opération on enlève la gaze iodoformée, on la remplace par d'autre gaze et on change le bandage de flanelle. Les jours suivants on fait seulement un lavage de la vulve.

État général de la malade très bon. Pas d'élévation de la température. Les deux premiers jours on lui donne du champagne et des potages; le troisième jour elle mange un degré (régime de l'hôpital). La malade n'accuse aucune douleur ni au niveau de l'utérus, ni au niveau des symphyses.

Le 14 septembre, pansement; on change la gaze iodoformée et la ceinture de flanelle. On enlève la serviette qui maintenait les cuisses.

Le 18 septembre, on enlève les crins de la paroi abdominale et du vagin. Plaies parfaitement réunis. On laisse dans le vagin une mèche de gaze iodoformée qu'on enlève le 22.

Le 22 septembre, M. Auvaré examine la malade. L'articulation des deux pubis est consolidée; aucune douleur à la pression au niveau de la symphyse du pubis et des symphyses sacro-iliaques. M. Auvaré permet à la malade de s'asseoir sur son lit.

Le 26, on supprime la ceinture de flanelle. La malade se lève. Elle peut rester debout sans aucune douleur, marche un peu. A dater de ce moment, la malade se lève tous les jours.

Elle quitte le service le 2 octobre, guérie.

Nous devons dire un mot de l'enfant, une fille, du poids de 2,690 gr.

Longueur totale, 48 cent.

Diamètre occipito-frontal, 11 cent.

— occipito-mentonnier, 12 cent.  $\frac{1}{2}$ .

— bi-pariétal, 9 cent.  $\frac{1}{2}$ .

— bi-temporal, 7 cent.  $\frac{1}{2}$ .

— sous-occipito-frontal, 11 cent.

Circonférence OF, 33 cent.

— SOF, 31 cent.

— SOB, 38 cent.

Le premier jour, on nourrit l'enfant en lui donnant dans un verre du lait d'une femme de la salle, 10 gr. chaque fois, toutes les deux heures.

Poids de l'enfant :	13 septembre	.....	2 590 gr.
—	14	—	..... 2,560
—	15	—	..... 2,580
—	16	—	..... 2,590
—	18	—	..... 2,610
—	19	—	..... 2,660
—	21	—	..... 2,680
—	23	—	..... 2,740

Poids de l'enfant :	25 septembre ....	2,750
—	27 — .....	2,860
—	29 — .....	2,920
—	1er octobre ....	3,000

L'enfant quitte le service en très bon état.

Dr AUVARD.

---

## PÉDIATRIE.

---

**Quelques formes de la méningite chez l'enfant**, par le Dr BÉZY, agrégé, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse, médecin des hôpitaux.—On connaît depuis longtemps deux formes cliniques de la méningite chez l'enfant: l'une est la forme aiguë, à marche rapide, à terminaison fatale; l'autre est la forme beaucoup plus lente, due à la tuberculose, admirablement décrite par Trousseau sous le nom de fièvre cérébrale. Mais il ne faudrait pas croire que ces deux formes résument toute l'histoire de la méningite infantile; il m'a été donné de voir dans ces dernières années quelques cas qui me paraissent instructifs; je les reproduis ici sans autre prétention que de relater des faits cliniques dont la connaissance peut éviter aux praticiens des erreurs de diagnostic, et éveiller leur attention sur certains points du pronostic.

I.—*Méningite tuberculeuse à lésions non classiques*.—Le diagnostic de la méningite tuberculeuse n'est pas ordinairement difficile, et les lésions rencontrées à l'autopsie sont faciles à prévoir et à reconnaître. J'ai vu cependant un cas dans lequel les lésions ont présenté une particularité intéressante:

OBS I.—*Méningite tuberculeuse; autopsie; lésions normales, cerveau anémié* (résumé).—Louis J..., 3½ ans, est porté à la clinique infantile de la Faculté de Toulouse, le 26 janvier 1893, dans le coma; pupilles inégales, conjonctive gauche vascularisée; contracture des membres du côté droit; constipation durant depuis plusieurs jours, vomissements. Le début de la maladie remonte à trois semaines, et a été marqué par de la céphalalgie, de la constipation et des convulsions. Le traitement est inefficace et l'enfant meurt dans la nuit du 27 au 28. A l'autopsie, on rencontre les lésions ordinaires de la méningite tuberculeuse, mais on est frappé de l'aspect du cerveau qui, au lieu de présenter l'aspect congestionné habituel, est blanc et très anémié. Cet état semble dû à l'oblitération pathologique des artères.

Deux autres faits récemment signalés par Mertz, me semblent devoir être rapprochés du précédent comme autopsies s'éloignant

du type classique : dans le premier on rencontre, à côté des lésions ordinaires, une infiltration tuberculeuse de toute la pie-mère médullaire ; dans le second, on trouve, au milieu d'un semis de tubercules miliaires, des lésions beaucoup plus anciennes et certainement antérieures aux manifestations cliniques.

II.—*Méningite à forme dyspeptique.*—Le cas suivant est celui d'un bébé qui, étant donné son âge, et d'après la simplicité des accidents du début, ne semblait atteint que de troubles dyspeptiques.

OBS. II.—Camille M..., 7 mois, est conduite à la consultation pour des vomissements. Malgré un interrogatoire des plus soigné, nous ne pouvons découvrir aucun vice alimentaire expliquant ces troubles digestifs ; l'enfant tette régulièrement ; la mère, qui le nourrit, nous affirme que les tétés se font selon les règles d'une bonne hygiène. Aucun autre symptôme n'éveille l'attention.

L'enfant est mis en observation du 28 mars au 14 avril, époque à laquelle la mère se décide à entrer à l'hôpital, salle Saint-Paul, No 3, avec son nourrisson.

Le 20, la mère s'aperçoit que l'enfant ouvre de temps en temps de grands yeux et reste un moment immobile. Peu à peu, les signes classiques d'une méningite évoluent et l'enfant succombe.

On peut rapprocher de ce cas, celui, cité par Cnopf, d'une syphilis cérébrale ayant simulé des troubles dyspeptiques chez un enfant de treize semaines. Cette observation nous montre qu'en présence de vomissements chez les nourrissons, il faut, quand il n'y a pas de faute dans le régime alimentaire, soupçonner la méningite. Dans l'espèce, nos soupçons avaient été éveillés parce que nous trouvions chez la mère des signes de tuberculose pulmonaire, et nous savions qu'elle avait perdu d'autres enfants. Nous nous étions même demandé si le lait maternel ne devait pas être incriminé, mais le lait de vache stérilisé n'empêcha pas les vomissements de se produire.

III.—*Méningite abortive ou guérissant.*—La méningite peut guérir, mais elle laisse après elle des infirmités dont la gravité fait presque regretter que le malade ait guéri. De plus, ces formes débutent quelquefois par des symptômes insidieux qui simulent des troubles purement nerveux. En voici deux exemples :

OBS. III.—Marius C..., 6½ ans, est conduit au dispensaire le 9 mai 1891. Nourri au sein par la mère jusqu'à 20 mois. A 3 ans, fièvre typhoïde qui dure trois mois, compliquée, à plusieurs reprises, de convulsions. Pendant la convalescence, scarlatine avec gonflement de la face et des mains. Depuis ce moment, l'enfant est faible.

En septembre dernier, l'enfant a des frayeurs, et peu après, la mère s'aperçoit qu'il louche, tantôt d'un œil, tantôt de l'autre. Au mois de décembre, douleurs de la nuque et du front qui durent pendant plusieurs périodes d'environ huit jours chacune et s'ac-

compagnent de vomissements, de constipation, et de strabisme convergent.

La mère nous le conduit parce que, depuis douze jours, la vue baisse considérablement.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Notre excellent collègue et ami, M. Terson, chargé du service de la clinique ophtalmologique, veut bien examiner notre malade: "Névro-rétinite dont l'image ophtalmoscopique est en tout semblable à celle que l'on rencontre chez les albuminuriques. Il existe dans la région maculaire aux deux yeux la lésion rétinienne caractéristique. La céphalalgie doit elle être attribuée à l'urémie, ou s'agit-il dans ce cas d'une névro-rétinite compliquant quelquefois les affections cérébrales ou méningitiques chez les enfants et les adolescents? On en voit des exemples qu'on ne peut rattacher à des accidents néphritiques."

L'examen des urines ayant toujours été négatif, nous pensons qu'il s'agissait ici de la forme méningitique. Cet enfant n'a plus présenté d'accidents aigus, mais est resté aveugle.

OBS. IV (résumé).—Antoinette B..., 5 ans, se plaint depuis six semaines de douleurs ayant pour siège le front, le cou et le bras gauche. Vomissements. Strabisme convergent. Rien d'anormal dans les urines. M. Terson constate, comme dans le cas précédent, une névro-rétinite. Cette enfant qui avait été présentée à la consultation, le 9 juin 1892, n'a pas été ramenée après un certain temps. Je ne rapporte ici son observation qu'à cause des points de ressemblance qu'elle a avec la précédente.

IV.—*Méningite infectieuse, méningite à pneumocoques.*—La bactériologie a singulièrement élargi le domaine de la méningite en démontrant que le bacille de Koch n'était pas le seul qui puisse attaquer les méninges. C'est ainsi que le pneumocoque est souvent en cause, comme l'a si bien démontré M. Netter. J'ai pu en voir deux cas dont un avec autopsie:

OBS. V.—B..., âgé d'environ 7 ans, est conduit dans mon cabinet, pour du malaise avec fièvre qui dure huit à dix jours; puis survient, sans raison apparente, un engorgement ganglionnaire cervical manifeste. Au bout de peu de jours surviennent des signes non douteux de méningite, et le malade succombe.

N'est-il pas permis de comparer cette forme aux états infectieux? et cet engorgement ganglionnaire ne porte-t-il pas à penser qu'un agent infectieux existait dans le système lymphatique, qui est devenu la cause de la méningite? Quant à la nature de cet agent nous n'avons pu nous livrer aux recherches nécessaires pour la connaître, le malade ayant succombé en ville.

N'ayant d'autre but que d'apporter ici quelques faits cliniques, je ne crois pas devoir entrer dans la discussion de ce rôle de l'infection ganglionnaire dans la pathogénie de la méningite. Je renvoie pour cette intéressante question aux travaux de MM. Lesage

et Pascal, P. Simon (de Nancy), L. Guinon, que l'on trouvera dans la *Rev. mens. des mal. de l'enf.* de mai et juin 1893.

Obs. VI.—Louis R..., 3 ans. Nourri au sein pendant 14 mois, mais a mangé de bonne heure. Il y a trois mois, rougeole durant environ huit jours et guérissant naturellement. Peu de jours après, l'enfant toussé, vomit, et l'on fait appeler un médecin qui ordonne des vésicatoires. L'état s'aggravant, l'enfant est conduit à la consultation. On constate la présence d'une broncho-pneumonie consécutive à la rougeole. Le traitement est mal suivi et l'enfant m'est conduit à l'hôpital le 23 mai 1893.

A son entrée : matité notable de la base droite en arrière; râles fins disséminés; côté gauche sain; foie et rate normaux; langue sale; diarrhée; état général mauvais. En outre, polyadénite superficielle généralisée, les ganglions donnant la sensation de grains de plomb.

Le traitement consiste en révulsifs, créosote, tonique généraux, salicylate de bismuth. Une amélioration se produit qui dure jusque vers le 30, mais à ce moment, l'enfant s'affaiblit de nouveau, et à de la fièvre sans que rien se manifeste du côté du poumon, ni que l'attention soit appelée du côté d'autres organes.

Le 2 juin, surviennent des vomissements, puis des convulsions, et l'enfant succombe dans la nuit du 3 au 4.

AUTOPSIE.—Corps très amaigri. Œdème très marqué des paupières gauches. A l'ouverture du thorax, on voit sourdre du pus au niveau de la base du poumon droit. On tombe ensuite sur un abcès enkysté de la plèvre, d'un volume d'une grosse noix; tout le poumon est adhérent au thorax; plongé dans l'eau, il surnage; les coupes laissent sourdre des gouttelettes de pus (broncho-pneumonie); les ganglions bronchiques sont développés. Cœur et rein normaux, rien de particulier pour le foie et la rate.—Du côté du crâne, aussitôt la dure-mère incisée, le cerveau fait hernie; il est complètement enveloppé dans une couche d'exsudat pseudo-membraneux adhérent, dont l'épaisseur varie de deux à cinq millimètres; le tout est enveloppé d'un liquide lactescent, assez abondant, que l'on retrouve dans les ventricules.

L'examen bactériologique, qui a porté sur le pus de l'abcès pleural, et sur les organes malades (poumon, cerveau, ganglions bronchiques) a démontré la présence du pneumocoque.

Au résumé : broncho-pneumonie à marche lente, consécutive à une rougeole. infection générale par le pneumocoque, méningite à pneumocoques.

Conformément aux observations de M. Netter, la méningite, malgré des lésions importantes, est restée latente, et le malade a plutôt succombé sous l'influence de l'infection générale. Ces cas d'infection générale par le pneumocoque ne sont pas rares chez l'enfant, même lorsqu'il n'y a pas pneumonie. M. le professeur Grancher en a cité des exemples (voir notamment *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, décembre 1892).

On peut rapprocher de ces faits celui de Mensi et Carbone dans lequel la méningite était due au bacille d'Eberth (*Gazette hebdomadaire*, 25 février 1893).

V — *Pseudo-méningite par répercussion*. — La méningite par répercussion doit-elle être maintenue? Je ne discuterai pas ce point, mais je signalerai le fait suivant, dans lequel tout semblait indiquer une méningite par répercussion à la suite de la disparition rapide d'un eczéma, mais un examen approfondi a prouvé qu'il s'agissait d'accidents urémiques dus eux-mêmes à une poussée aiguë sur un rein anciennement malade.

OBS. VII. — Pierre P..., 17 mois, est conduit à la consultation le 27 avril 1893 pour deux grosses plaques d'eczéma siégeant à la partie antéro-supérieure du thorax, et dont l'enfant est porteur depuis plusieurs mois. Le traitement, purement local, est commencé le lendemain 28. Aussitôt après, le malade devient agité, a de l'insomnie, et nous est conduit à l'hôpital le 1er mai.

L'enfant est pâle, très abattu, indifférent à ce qui se passe autour de lui, la tête retombe en avant; la respiration est très gênée, les ailes du nez sont battantes, les lèvres sont violacées. L'auscultation révèle un peu de congestion à la base du poumon gauche.

Les membres supérieurs sont parésés, le droit a été pris le premier et est plus atteint. Le malade succombe quelques heures après son entrée à l'hôpital.

Voilà donc un enfant qui, dès le début d'un traitement dirigé contre une affection cutanée, présente des accidents cérébro-bulbaires que beaucoup n'auraient pas hésité à mettre sur le compte d'une méningite par répercussion. L'examen révèle qu'il s'agit d'un cas d'urémie.

Y a-t-il un trait d'union à établir entre la lésion rénale et la lésion cutanée? C'est ce que je ne crois pas devoir discuter ici, n'ayant en vue que la méningite. Je me bornerai à faire observer que les lésions rénales sont plus fréquentes qu'on ne le croit chez les enfants. J'ai récemment signalé, après d'autres, des phénomènes de ce genre dans le cours d'une affection bien commune à cet âge, l'impétigo (*Midi médical*, 27 août 1893). Je me bornerai donc à dire que dans les cas où l'on soupçonnera la méningite par répercussion, il faudra s'assurer d'abord de l'état des reins.

Ce n'est pas seulement dans ces cas que l'on pourra porter à faux le diagnostic de méningite. Témoin, entre autres, un cas très remarquable rapporté à la *Société anatomique* le 21 avril dernier par M. André Bergé; témoins aussi les faits assez nombreux relatés dans la récente et très intéressante thèse de M. Bardol.

N'ayant d'autre prétention, comme je l'ai dit en commençant, que de rapporter des faits cliniques, que j'ai observés, je me contenterai d'appeler, en terminant, l'attention sur ce chapitre important de la pathologie infantile. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1893.

## SYPHILIGRAPHIE

---

**Technique du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.**—M. le Dr Brocq insiste souvent sur la manière dont il convient de faire les frictions mercurielles ; voici sa méthode :

Le premier soir, le malade savonne la jambe gauche avec de l'eau chaude, l'essuie, prend 3 ou 4 grammes de pommade mercurielle et fait une friction d'un quart d'heure ; la jambe est ensuite enveloppée de flanelle qui reste en place toute la nuit. Le lendemain matin, le membre est savonné soigneusement.

Le second soir, la même opération est faite sur la cuisse gauche le troisième sur la cuisse droite, le quatrième sur la jambe droite, et les soirs suivants on recommence dans le même ordre. Aussitôt que la peau présente un point rouge, il faut cesser et faire les frictions sur le thorax ou sur les bras.

Il est préférable, lorsque cela est possible, que ce soit le malade lui-même qui fasse ses frictions ; il vaut mieux également qu'il soit penché en avant et ait la tête au-dessus du point frictionné, car il est bien démontré que l'absorption pulmonaire des vapeurs de mercure a, dans ce procédé, une grande importance.

Les frictions sont faites de cette manière pendant huit jours de suite. Le malade se repose ensuite six jours, puis reprend le traitement pendant huit jours. Pendant tout ce temps, il doit prendre de l'iodure, ce qui fait une période de traitement de vingt-deux jours. Presque toujours, si le traitement est fait avec soin, on constate une grande amélioration.

M. Brocq ne prescrit jamais le sirop de Gibert, qui a l'inconvénient d'être une préparation fixe et qui ne se modifie pas suivant les circonstances. Il est préférable de donner séparément le mercure et l'iodure, qu'on peut prescrire d'après la formule suivante, en variant les doses suivant les cas :

Liquueur de Van Swieten.....	200 grammes.
Elixir parégorique.....	2 —

Une cuillerée à soupe le matin dans du lait.

Iodure de potassium .....	40 grammes.
Eau distillée.....	160 —

que l'on donne par cuillerées à café au moment des repas (chaque cuillerée contenant 1 gramme d'iodure).

Certains malades ne supportent bien l'iodure qu'associé à l'arsenic. On peut alors prescrire :

Iodure de potassium . . . . .	20 grammes
Arséniate de soude . . . . .	2 centigr.
Teinture de belladone . . . . .	30 gouttes.
Eau distillée . . . . .	80 gram.

Chaque cuillerée à café contient 1 gramme d'iodure.

**Des pleurésies syphilitiques.** — Les pleurésies syphilitiques, qui ne sont connues que depuis les études de MM. Dieulafoy en 1889 et Chantemesse et Widal en 1890, sont considérées, peut être à tort, comme des manifestations extrêmement rares de la syphilis.

M. le Dr Rochon vient de faire l'histoire très complète (1) de cette complication qu'on observerait probablement plus souvent si on pensait à la rechercher chez les syphilitiques présentant certains symptômes insolites.

Certaines pleurésies syphilitiques sont précédées de lésions occupant les organes ou les tissus en rapport soit avec le feuillet pariétal de la plèvre.

Ce sont les pleurésies syphilitiques secondaires.

D'autres sont le résultat de la localisation du virus spécifique, sur la plèvre même, en dehors de toute manifestation siégeant dans les tissus voisins.

Ce sont les pleurésies syphilitiques primitives ou d'emblée.

Secondaires, les pleurésies syphilitiques ne se développent le plus souvent qu'à un âge avancé de la vérole ;

Primitives, elles se développent, soit durant l'évolution de la période secondaire, soit au cours de la période tertiaire.

— La pleurésie syphilitique secondaire succède, soit à la pneumosyphilose, soit à une lésion spécifique du squelette de la cage thoracique ou des muscles voisins, soit enfin à la transmission à travers le diaphragme de l'inflammation causée par la présence d'une gomme dans un organe en rapport direct avec ce muscle, le foie en particulier. Dans ces conditions, la pleurésie est ordinairement sèche dans le cas de sclérose ; mais elle s'accompagne d'un épanchement citrin ou hémorrhagique dans les cas de gommès pulmonaires ; cette complication s'observe dans la syphilis héréditaire aussi bien que dans la syphilis acquise, c'est-à-dire chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. Il y a souvent lieu, dans ce dernier cas, à un diagnostic fort difficile.

Comment en effet penser à une affection pulmonaire et pleurétique d'origine syphilitique chez un enfant de dix ou douze ans, chez un jeune homme de seize ou dix-sept ans, alors que l'on ne trouve sur lui aucun stigmata. Comment affirmer un diagnostic semblable, à cause de quelques déformations des tibias ou du nez et de quelques malformations des dents, tandis qu'il y a tant d'autres raisons plus vraisemblables !

(1) Thèse de Paris.

Ce diagnostic est cependant fort important, car le traitement peut rapidement guérir la gomme qui s'est développée dans le poumon, les plèvres ou sur tout autre point et qui a pu provoquer l'épanchement par l'irritation qu'elle détermine.

—La pleurésie essentielle est plus directement liée à la syphilis et présente par suite un plus grand intérêt encore.

Cette pleurésie peut survenir soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire de la maladie. Elle emprunte à chacune de ces deux périodes, des caractères assez particuliers, tant au point de vue du début qu'à celui de la marche.

Celles de la première période, qu'on peut appeler précoces, se produisent le plus souvent dans les premiers mois de l'infection et coïncident toujours avec un exanthème plus ou moins généralisé. Cependant, on peut les observer bien plus longtemps après le chancre, jusqu'à dix huit mois ou deux ans.

Dans ces cas, le développement de l'inflammation pleurale peut coïncider, soit avec une poussée de papules, soit simplement avec quelques lésions sur un point quelconque du corps.

Le début peut être brusque et tout à fait analogue à celui de certaines pleurésies vulgaires. Mais à côté de cette forme à début brusque, aigu, bien défini, on peut observer une forme plus torpide pour ainsi dire latente, avec malaise général, faiblesse, inappétence, mais sans réaction vive, ni du côté de l'organisme, ni du côté de l'organe atteint. On n'observe en effet, ni fièvre, ni point de côté, ni toux, ni expectoration; l'auscultation seule fait découvrir la lésion, en laissant percevoir des frottements pleurétiques, sans souffle ni râle.

Cette forme semble produite par une syphilis relativement bénigne par elle-même ou atténuée déjà par un traitement antérieur; et tandis que le début brusque, franc, s'observe dans les premiers mois qui suivent le chancre, le début latent, au contraire s'observe dans la seconde année de l'infection, alors que les éruptions, sans avoir changé ni d'aspect ni de nature, restent cependant déjà plus discrètes.

La pleurésie peut d'ailleurs se produire au niveau du diaphragme où être double d'emblée. En général, surtout quand la maladie a débuté brusquement, la résorption se fait très rapidement, mais à condition que le traitement intervienne. Les récidives paraissent aussi se produire facilement.

La pleurésie syphilitique essentielle précoce, quand elle ne débute pas d'une façon brusque et solennelle, peut très bien passer inaperçue et on ne peut guère douter que sa rareté ne soit due précisément à ce que souvent elle est méconnue.

On est tellement habitué aux myalgies, aux périostites, aux névralgies intercostales des syphilitiques, qu'on leur attribue trop volontiers les douleurs thoraciques dont les malades se plaignent. On ne tient pas compte non plus de la fièvre qui accompagne ces

points de côté : infection syphilitique fébrile, dit-on, et l'idée d'ausculter le thorax ne se présente même pas à l'esprit.

Si l'on ausculte, on trouve la pleurésie, mais le plus souvent on ne l'attribue pas à sa véritable cause.

En résumé, chez un syphilitique qui présente de la fièvre, qui accuse des douleurs thoraciques, il faut de suite pratiquer l'auscultation des poumons.

De plus, dans tous les cas de pleurésie, dont la cause n'est pas certaine, il faut penser à la possibilité d'une affection syphilitique et pratiquer l'examen complet du malade, en se souvenant que la pleurésie syphilitique essentielle précoce a pour caractères :

De se développer surtout dans les premiers mois de l'infection, mais aussi dans la première et la seconde année ;

De coïncider toujours avec une éruption plus ou moins généralisée ou avec une poussée de plaques muqueuses buccales, anales ou vulvaires.

De s'accompagner d'un épanchement en général peu abondant, malgré un point de côté violent et une fièvre vive ; enfin d'évoluer rapidement sous l'action du traitement antisypilitique.

Il est encore un autre signe de grande valeur, c'est l'hypertrophie de la rate. A cette époque elle est constante, et il ne faut jamais négliger son examen.

Enfin, on a souvent noté une sensibilité très nette et même une douleur assez forte, à la pression des espaces intercostaux ; cette douleur profonde, qu'il faut distinguer de la douleur plus superficielle des névralgies intercostales, paraît avoir ainsi une certaine valeur au point de vue du diagnostic.

Quant à la pleurésie essentielle tardive, son époque d'apparition est très variable ; elle accompagne habituellement des lésions secondaires ou tertiaires, mais elle peut aussi se montrer isolément et, dans ce cas, il s'agit presque toujours d'une forme latente.

On n'observe ni frisson, ni point de côté, ni épanchement ; la fièvre est peu intense et n'existe même pas dans certains cas.

Cette manifestation de la syphilis s'annonce par des troubles gastriques ou intestinaux, par une langueur générale et dès ce moment on peut observer de la dyspnée. Il n'y a cependant ni toux, ni expectoration, et une auscultation minutieuse et souvent répétée des poumons, est utile pour faire reconnaître un jour des frottements pleuraux plus ou moins étendus et plus ou moins rugueux, soit d'un seul côté, soit des deux côtés de la poitrine.

Le diagnostic demande peut-être encore ici plus d'attention que dans les autres formes.

Dans toutes, c'est le traitement mixte qui doit être employé.

---

Si les prétendues cures médicamenteuses n'étaient soutenues et confirmées par les cures hygiéniques, c'en serait vite fait dans le public, de la foi en l'art de guérir.

## FORMULAIRE.

**Goutte aigue.**

P.—Extrait acétique de colchique.....	10 grains
Poudre d'ipécacuanha comp. ....	} 12 grains.
Poudre de digitale.....	
Extrait de coloquinte comp.....	

M.—Faire 12 pilules.

*Dose*: Une pilule, deux ou trois fois par jour.—*Practitioner.*

**Influenza.—Curtin et Watson.**

P.—Sublimé.....	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain.
Chlorure de sodium .....	$1\frac{3}{4}$ "
Sulphate de morphine.....	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ "
Eau distillée .....	4 $\frac{1}{2}$ drachmes fl.
Sirop d'écorce d'orange.....	} 5 à 6 $\frac{1}{2}$
Mucilage de gomme arabique.....	

*Dose*: Une cuillerée à soupe toutes les 4 ou 5 heures.—*International medical magazine.*

**Diarrhée tuberculeuse.—Maragliano.**

P.—Phosphate de chaux .....	2 $\frac{1}{2}$ drachmes.
Tannin.....	15 à 30 grains.

M.—Divisez en six doses, à prendre dans les 24 heures, sous forme de sachets.—*Les nouveaux remèdes.*

**Névralgie.**

P.—Tartrate de fer .....	2 grains.
Sulfate de quinine .....	2 "
Acide tartrique.....	$\frac{1}{2}$ grain.
Extrait de noix vomique .....	$\frac{1}{2}$ "

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*Practitioner.*

**Ozène.**

P.—Iodol.....	} 30 grains.
Acide tannique.....	
Acide borique.....	

M.—*Mode d'emploi*: S'en servir sous forme de prise à renifler d'abord 5 ou 6 fois par jour, plus tard, trois fois par jour.—*Medical News.*

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: Dr H.E. DESROSIERS.

MONTREAL, JANVIER 1894.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tirolr 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tirolr 2040, Bureau de Poste, ou No 164, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & Cie., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette Paris, France sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration. L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

## BULLETIN.

### A travers la thérapeutique.

M. JASIEWICKZ publie dans les *Nouveaux Remèdes* un article dans lequel il passe en revue les nombreux hypnotiques dont la thérapeutique nous a dotés dans ces derniers temps.

Il établit dès l'abord le fait qu'il faut, avant tout, enlever la cause de l'insomnie.

Pour lui l'insomnie peut être due à la surexcitabilité ou à la surexcitation des cellules cérébrales. Dans les deux cas on fait de la médication hypnotique.

Puis il passe en revue les nouvelles substances hypnotiques,

commençant par l'*hydrate d'amylène*, hypnotique moins énergique que le chloral, mais actuellement délaissé, comme chacun sait. L'*hydrate de bromal*, également inusité et peu sûr dans ses effets.

Le *chloralamide*, peut-être le plus efficace hypnotique après le chloral hydraté. Peu soluble dans l'eau froide, il ne doit pas être dissout dans l'eau chaude qui a l'inconvénient de le décomposer en chloral et formamide qui sont ses deux constituants, et se donne mieux en solution alcoolique. Pour notre part, nous l'avons trouvé efficace dans plusieurs cas d'insomnie rebelle. Les malades ne contractant pas l'accoutumance. La dose moyenne est de 30 grains. Il n'affecte pas le cœur. Le sommeil survient au bout d'une demi heure.

Le *chloralimide* est un hypnotique qui se donne aux mêmes doses que le chloral. Il est insoluble dans l'eau. Très peu employé.

La *chloralose*, un des plus récents hypnotiques, se donne souvent en France. Il doit être manié avec prudence, et Richet conseille de donner des doses plus faibles que celles ordinairement prescrites.

L'*hypnal*, combinaison du chloral avec l'antipyrine, n'est guère actif. On prétend qu'il fait dormir en même temps qu'il calme la douleur. Dose: 15 à 30 gra. en cachets, ou encore en potion alcoolisée.

L'*hypnone*, connu depuis assez longtemps, n'est guère efficace. Il n'est pas analgésique.

Le *méthylal* a. une action fugace et rapide. Les résultats comme hypnotique sont passablement contradictoires.

La *paraldéhyde*, liquide, ne sert guère que pour produire le sommeil dans le *delirium tremens* des sujets alcooliques. Dose une à deux cuillerées à thé.

Le *sulfonal*, recommandé dans le délire des aliénés, a causé des accidents. *Cante sumendum!* Huchard n'a pas été satisfait de son emploi.

Le *somnal* n'aurait aucune valeur pratique.

Le *trional* et le *tétronal* agissent à la façon du sulfonal. Dose: 15 à 30 grains en cachets. Lépine, de Lyon, lui reconnaît des inconvénients, entre autre celui de produire des phénomènes d'intoxication après la répétition des mêmes doses.

L'*uréthane* et l'*ural* sont connus comme n'étant pas plus efficaces que les autres. D'après Huchard, toutefois, l'*uréthane* ne produit aucune action secondaire. En réalité, conclut Jasiewickz, il est peu actif.

M. le professeur Lépine s'exprime comme suit sur les médicaments hypnotiques:

"Ce ne sont pas des médicaments inoffensifs; s'ils servent souvent, ils nuisent parfois, surtout quand leur administration est longtemps prolongée. Il y a une pathologie médicamenteuse

toxique qui, chaque année, se complète à mesure qu'entrent dans la pratique de nouveaux agents, dont on use parfois d'une manière inconsidérée, et on ne saurait trop le répéter, avant d'y recourir, il est de notre devoir de nous enquerir des causes de l'insomnie et de chercher à la guérir par une bonne hygiène, par quelques remèdes simples, et, suivant les cas, par une thérapeutique dirigée contre les causes mêmes du mal que nous sommes appelés à combattre."

\*.\*

A la Polyclinique de Paris, le Dr. H. GILLET passe en revue les meilleurs purgatifs chez les enfants. Pour lui, le purgatif doux par excellence, chez l'enfant, est le *phosphate de soude*, qui est insipide.

En poudre, la *magnésie calcinée* nous a toujours paru être le meilleur laxatif chez les enfants. On la mêle au lait dans la proportion de  $\frac{1}{2}$  à 1 cuillerée à thé.

Le *tamarin*, agréable à prendre à cause de sa saveur acidule et sucrée, se prend généralement avec facilité par les enfants.

La *manne* en larmes, facilement soluble dans le lait chaud, est bien acceptée par l'enfant. Souvent, cependant, si la manne a vieilli ou si l'on donne de la manne en sorte, elle produit des coliques.

Les lavements de glycérine et les suppositoires de glycérine sont très efficaces surtout chez les enfants.

L'*huile d'olive*, l'*huile d'amande douce*, l'*huile de ricin* sont très conseillés. M. GILLET dit que l'huile de ricin est le purgatif de choix.

Le *soufre lavé* agit bien aussi. A notre sens la dose ne doit pas dépasser 5 grains par jour.

Le *calomel*, insipide, est souvent utilisé chez les enfants. La *scarmonée*, également insipide, peut lui être associée.

Le *sirop de rhubarbe* est généralement accepté par les enfants, en sa saveur sucrée.

Personnellement nous nous trouvons très bien de l'emploi de l'élixir de cascara sagrada privé de son principe amer. Cet élixir a une saveur sucrée et aromatique des plus agréables et purge doucement, sans coliques.

\*.\*

On a, en Allemagne, obtenu de bons effets dans le traitement de la fièvre typhoïde par l'emploi de l'iode. KLIETSCH préconise la formule suivante :

Iodure de potassium.....	90 à 120 grains
Eau distillée.....	160 min.
Eau de menthe poivrée.....	160 min.
Eau iodée.....	14 à 16 drachmes fl.

Faire prendre 8 à 9 gouttes toutes les deux heures.

Grâce à ce traitement, paraît-il, la température s'abaisse dès les quatre à six premiers jours et cet abaissement persiste pour tendre de plus en plus vers la température normale.

Klietsch a soigné 81 typhiques par cette méthode. Deux seulement sont morts, ce qui donnerait, suivant lui, une mortalité inférieure à celle observée par les autres traitements.

Rappelons à ce propos que Rothe — un allemand sans doute — associe l'iode au phénol (!) dans le traitement de la fièvre typhoïde, donnant 1 goutte de la teinture toutes les trois heures.

---

### Épiciers et Pharmaciens.

N'en déplaise à messieurs les épiciers, qui ont fait, dernièrement, une opposition assez vive au *bill* des pharmaciens, nous sommes entièrement de l'avis de ces derniers et comme eux nous demandons qu'il soit interdit aux épiciers, et autres marchands, de vendre des drogues, médicaments patentés, et même des poisons. L'épicier ne se gêne aucunement de vendre à qui en demande, du sel d'Epsom, du séné, des sirops opiacés : Winslow, Dr. Codère, etc., dont la force relative en opium ou en morphine n'est pas exactement déterminée. Le marchand de peintures débite à tout venant le vert de Paris ou acéto-arsénite de cuivre, poison généralement mortel à l'égal de l'acide arsénieux, ou le *rough on rats*, mélange de vert de Paris et de sublimé corrosif. Les cas de suicide par le vert de Paris et le *Rough on Rats* n'ont pas été rares en ces dernières années, et cela grâce à l'extrême facilité qu'il y a de se procurer ces poisons.

L'intérêt de la santé publique exige, à notre avis, une législation effective et radicale, basée sur les faits que nous venons de mentionner. Ce n'est pas là une question d'intérêt commercial, quoiqu'en pense le *Board of Trade*, mais une question d'hygiène qui intéresse tout le public et constitue le seul moyen de prévenir les accidents d'empoisonnement. Et nous sommes tellement convaincus de l'opportunité du *bill* des pharmaciens, que dans un cas d'empoisonnement par suite de la vente au premier venu du vert de Paris ou des préparations opiacées, morphinées, etc., par un épicier constitue un délit justiciable des tribunaux, tout comme le serait un pharmacien qui aurait, même par erreur involontaire, vendu un poison quelconque sans ordonnance du médecin et sans exiger la signature, dans le *Poison book*, de l'individu auquel le poison a été livré.

---

Souvent un grand médecin médecine petitement. Les formules sont d'autant plus longues que les vues sont plus courtes.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

SAJOUS—Annual of the Universal Medical Sciences—A yearly report of the progress of the General Sanitary Sciences throughout the world, par E. SAJOUS, M. D., assisté de 91 collaborateurs, et de 150 éditeurs correspondants, collaborateurs et correspondants; illustré de chromo-lithographies, gravures et mappes. Sixième série, en 5 volumes, publié par "The F. A. Davis Company, à Philadelphie, New-York, Chicago et Londres; Agence Australienne, Melbourne, Victoria."

Lorsque parut la première série de cet immense ouvrage en mai 1888, l'auteur ouvrit sa préface par cette phrase: "Le but du *Annual of the Universal Medical Sciences* est de compiler les traits progressifs de la littérature médicale dans son ensemble et les faits cliniques importants des pays dans lesquels il n'existe pas de littérature médicale, et de présenter le tout une fois l'an, sous une forme continue, et préparé par des écrivains d'une habileté reconnue. Comme tel, on espère qu'il deviendra l'assistant du praticien dans ses efforts pour soulager la souffrance et qu'il aidera l'investigateur par la corrélation des faits qu'il présente, lui facilitant ainsi la comparaison."

Il suffit de feuilleter les six séries parues depuis l'énoncé de ce programme pour se convaincre qu'il a été suivi et rempli magistralement. Si l'on réfléchit bien à l'énorme montant de travail qu'exige l'*Annual* pour rassembler toutes les connaissances nouvelles de toute la littérature médicale du monde, on ne peut s'empêcher d'admirer l'œuvre et l'auteur.

Cette sixième série n'est pas inférieure aux autres. C'est toujours la même phalange de savants acharnés au travail. Deux d'entre eux, il est vrai, ont été enlevés par la mort: les Drs Birdsall de New-York et Hooper de Boston, mais par compte M. le Dr Sajous, depuis son séjour à Paris a ajouté à leur nombre les honneurs éminents suivants: Dujardin-Beaumetz, B. Ward Richard, Lépine, Obersteiner, Bourneville, Keer-Sutand, Budin, Buxton, Levison, Apostoli et Poirier, si sont, chacun à la tête de son département spécial.

En sorte que les éditeurs associés au Dr Sajous sont maintenant au nombre de 91 et ses éditeurs correspondants à près de 150.

Dans cet ouvrage chacun peut voir en un clin d'œil tout ce qui s'est dit ou fait de nouveau sur quelque sujet médical que ce soit, avec les indications les plus précises sur la provenance du renseignement donné par l'auteur et la facilité de se procurer, pour une modique somme, une copie d'un article d'un travail quelconque.

Si on réfléchit à l'immense somme de travail qu'exige un pareil ouvrage et à la simplification du travail qu'il procure au praticien soucieux de se tenir au courant, on ne peut trop admirer l'idée grandiose et l'énergie d'exécution du Dr Sajous. Aussi, sommes-nous heureux de constater que cette encyclopédie du progrès est appréciée à son mérite par la profession médicale.

Pour les cinq premières séries, voir nos numéros de juillet 1888, avril et octobre 1890, octobre 1891 et juillet 1892.

**DÜHRSEN.**—**Vade-Mecum d'Obstétrique**, à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr A. DÜHRSEN, de Berlin. Traduit de l'allemand, d'après la 2ème édition, par le Dr Ch. Van Aubel, de Liège. 31 figures dans le texte. Octavo de 190 pages. Chez Marcel Nierstrasz, éditeur, 66 rue de la Cathédrale, Liège, Belgique.

**DÜHRSEN.**—**Vade-Mecum de Gynécologie**, à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr A. DÜHRSEN, traduction du Dr Van Aubel, chez Marcel Nierstrasz, adresse ci-dessus.

Voici deux petits ouvrages qui méritent assurément d'être recommandés, tant aux médecins qu'aux étudiants, ils rappelleront aux premiers bien des choses oubliées et les apprendront aux seconds d'une manière concise, précise et claire.

L'étudiant ne saurait, faute de temps, préparer ses cours dans des auteurs volumineux et le médecin a souvent besoin de revoir sommairement les sujets qui ne se présentent que rarement dans sa pratique, quitte à consulter les maîtres pour toute question de pratique actuelle. Ces deux *Vade-mecum* sont pratiques, bien agencés, sans prétentions, mais sérieux et actuels.

**La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris**, Aide mémoire et formulaire, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in-16 de 285 pages, cartonné, 3 fr.

Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur LEFERT, de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique des maladies des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris dans les maladies du système nerveux*: MM. BABIN, GILBERT BALLEZ, BOURNEVILLE, BROWN SEQUARD, CHARCOT, CHRISTIAN, DEBOVE, DÉJERINE, DUJARDIN-BEAUMETZ, Jules FALRET, FERÉ, GALES DE LA TOURETTE, JOFFROY, LUYS, MAGNAN, Pierre MARIE, Constantin PAUL, RAYMOND, SEGLAS, SOLLIER, Auguste VOISIN, Jules VOISIN, etc. Librairie J. B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille (près du boulevard St-Martin), à Paris.

**CHARCOT.**—Publications du *Progrès Médical*, Paris, 14 rue des Carmes, Paris.—**Clinique des Maladies du Système Nerveux**, par M. le professeur CHARCOT. Leçons du professeur, Mémoires,

Notes et Observations parus pendant les années 1889-90 et 1890-91 et publiés sous la direction de Georges GUINON, T<sup>o</sup>me II. Volume in-8 de 482 pages, avec 20 figures et une planche hors texte. Prix : 1<sup>2</sup> fr.

DURET—Le “Gros Mal” du moyen-âge et la syphilis actuelle, par le docteur F. BURET, in-16 de 320 pages, avec une gravure du XV<sup>e</sup> siècle et une préface de M. LANCEREAUX, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine, etc. (Envoi franco contre un mandat-poste de 4 fr., adressé M. le Directeur de la Société d'éditions, 4 rue Antoine-Dubois.)

Le Dr BURET n'est plus un inconnu. Le Monde savant, de même que le public, n'ont pas oublié “la Syphilis aujourd'hui et chez les Anciens”—ouvrage presque épuisé maintenant—que nous avons édité en 1890.

Le “Gros Mal” du moyen-âge et la Syphilis actuelle, fait suite au précédent. Cette fois, l'ancienneté de la syphilis est absolument démontrée; s'il existait encore un doute, celui-ci n'est plus possible dès qu'on a lu les textes—tous traduits—des auteurs du moyen-âge qui écrivaient, soit en latin, soit en vieux français. L'ouvrage est pour ainsi dire une longue suite d'anecdotes des plus suggestives, qui instruisent en amusant. Les délicats des lettres y trouveront des textes curieux, fidèlement reproduits, photographiés pour ainsi dire; le public sera édifié par une traduction rigoureuse des citations que l'auteur analyse et discute à fond. Société d'éditions scientifiques, 4 rue Antoine-Dubois et Place de l'École-de-Médecine, Paris.

DEBIERRE—La moelle épinière et l'Eucéphale avec applications physiologiques et chirurgicales et suivis d'un aperçu sur la physiologie de l'esprit, par Ch. DEBIERRE, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lille, avec 242 figures dans le texte et une chromolithogravure. Félix Alcan, éditeur, 108 Boulevard St-Germain, Paris, 1894.

GARNAULT—Le massage vibratoire et électrique des muqueuses.—Sa technique, ses résultats dans le traitement des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx, par le Dr Paul GARNAULT. Dix figures dans le texte. Société d'éditions scientifiques, 4 rue Antoine-Dubois, Paris, 1894.

FÉRÉ.—Encyclopédie des Aide-Mémoire, publié sous la direction de M. Léante, membre de l'Institut Epilepsie, par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre. Gauthier, Villars et fils, 55 Quai des Grands Augustins, G. Masson, éditeur, 120 boulevard St-Germain.

TAYLOR.—Mechanical aids in the treatment of chronic forms of disease, by Dr Geo. H. TAYLOR, M.D.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

M. le docteur W. H. BROADBENT, a été nommé médecin du premier ministre W. E. Gladstone.

A Halle, Allemagne, M. le professeur Rudolph KALTENBAOH, professeur de gynécologie à l'Université de Halle, où il avait succédé à Olshansen en 1887.

La librairie J. B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une *Bibliographie gynécologique*, qui contient l'annonce détaillée de plus de quinze cents ouvrages sur la Gynécologie, modernes et anciens, français et étrangers. Cette brochure in-8 à 2 colonnes sera adressée gratis et franco à toutes les personnes qui en feront la demande à MM. J. B. Baillière et fils.

**Faculté de médecine de Paris.**—Par décret, M. LANDOUZY, agrégé, vient d'être nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hayem.

**Une sœur médaillée.**—Par arrêté inséré au *Journal Officiel* du 8 décembre, le Ministre de l'intérieur a accordé une médaille d'argent à Mme Christine Kientsens, en religion Sœur Marie-Geneviève, des Augustines de Cambrai, pour son dévouement pendant l'épidémie de typhus exanthématique.

**Nécrologie.**—A Philadelphie, M. le docteur John, M. KEATING, auteur de l'*encyclopédie* intitulé: *Cyclopedia of the diseases of children*, ouvrage en 4 volumes publié en 1889.—A Hazelmers, Angleterre, M. le professeur TYNDALL, qui a succombé accidentellement à l'action toxique d'une dose exagérée de chloral.

**Cours de quatre années au Jefferson Medical College.**—A une réanion de la Faculté du *Jefferson Medical College*, tenue le 8 janvier 1894, il a été résolu, à l'unanimité, que le cours d'enseignement médical sera de quatre années, et cela dès la session 1895-96. C'est un exemple qui devrait être suivi par toutes les facultés médicales de nos voisins.

**Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.**—Le 15 janvier 1894, la Faculté de médecine a procédé à l'élection de son Bureau. Le résultat obtenu est le suivant: D: J. P. RORTOT, président

et doyen; Dr H. E. DESROSIERS, secrétaire, tous deux réélus à l'unanimité; M. J. C. BEAUCHAMPEL, trésorier.

**A vendre.**—Les séries complètes de l'UNION MÉDICALE à ce jour; chaque année est réunie en liasse; le tout en bon ordre et avec tables des matières.

S'adresser au

Dr JOS. MARMETTE  
à Montmagny.

Janvier 11, 1894.

Vivre beaucoup, puis, bien vivre, il semble que ce soit en résumé l'histoire de bien des hommes. La première partie de leur vie se passe à se détruire, et l'autre à conserver les restes. A-t-on déjà dit de l'expérience que c'était l'art d'accommoder les restes ?

Il n'y aura de thérapeutique véritablement scientifique que le jour où, en regard des actions médicamenteuses, on pourra mettre la notion exacte des réactions de l'organisme ou des organismes. En attendant, la thérapeutique est et restera empirique.

Que de malades à qui le mot de Tacite est applicable: Autrefois nous souffrions des maladies, maintenant nous sommes malades des remèdes.

L'hygiène, en somme, est plus scientifique que le soi-disant *art de guérir*. Pour faire de bonne hygiène, il faut s'adresser à la cause elle-même. On l'a dit, Fonssagrives, je crois, c'est de l'étiologie appliquée. Neuf fois sur dix, la thérapeutique se réduit à la médecine des symptômes, et quand, par hasard, elle s'attaque à la cause, c'est d'une façon tout empirique. Il y a peut-être autant de snobisme à faire de la thérapeutique une science exacte, qu'à admettre une médecine théocratique.

Existe-t-il vraiment une thérapeutique scientifique, et faut-il quatre grands in-8° pour nous donner le détail de nos impuissances dans la guérison de la plupart des maladies aiguës et de toutes les maladies chroniques? Il semble, à parler net, que l'art de guérir par les alcaloïdes ne soit que l'art d'aider le malade à mourir selon les règles, et l'ironie de Molière aurait encore beau jeu.—J'ai souvent pensé que les résultats de la thérapeutique possible seraient plus probants et plus nombreux, si les hommes de talent, qui dépensent leur vie dans les laboratoires, à rechercher le mode d'action des poisons destinés à nous empêcher de mourir, employaient leurs belles facultés à poser des règles d'hygiène et de diététique dans les maladies chroniques, pour nous permettre de vivre avec elles.

## VARIÉTÉS

## Scènes de la vie médicale

## MON PREMIER ACCOUCHEMENT

Quand je passai mon cinquième de doctorat—il y a beau temps de cela, quelque chose comme deux cent cinquante lunes,—je ne savais presque pas un mot d'obstétrique; et il y parut bien à l'examen. A cette époque, déjà lointaine et presque légendaire, on n'était pas—il faut bien le dire—à beaucoup près outillé comme aujourd'hui pour cette partie si importante de l'éducation médicale: l'enseignement de l'obstétrique était si bien dans l'enfance que les trois-quarts, peut être même les quatre-cinquièmes des étudiants passaient leur thèse sans avoir fait ni même vu faire un seul accouchement. En présence d'un pareil état de choses, que pouvaient des examinateurs, sinon être indulgents?...

Je me rappelle, comme si c'était d'hier, le petit speech bien senti de ce bon professeur Pajot après l'examen, en sortant de la Charité: " Monsieur, vous ne savez pas les accouchements; mais vous en êtes convenu tout à l'heure avec tant de candeur et de bonne foi, et j'ai lu dans votre figure tant de bonne volonté, que je ne vous ai pas donné de boule noire. Et pourtant, vous ne l'eussiez pas volée! Mais vous me promettez sérieusement, n'est-ce pas? de vous y mettre, et vite, car, il n'y pas à dire, ce soir même on peut venir vous chercher pour faire un accouchement, et, malheureux que vous êtes, comment vous y prendriez-vous?—Je vais m'y m'ètre très sérieusement, M. Pajot, vous pouvez y compter, répliquai je avec la plus parfaite sincérité; c'est le seul moyen que j'aie, quant à présent, de vous témoigner ma gratitude."

Comme je n'écris pas un roman, je ne vous dirai pas que, le hasard aidant, je fus appelé le soir même; non, il s'écoula même environ quatre à cinq mois, pendant lesquels je passai ma thèse, et pendant lesquels aussi je tâchai de mettre à profit les conseils de mon examinateur, en repassant les notes du cours de Pajot, en cherchant à me graver dans la tête ses pittoresques aphorismes que j'avais soulignés au crayon bleu sur mes notes, et en y ajoutant quelques courtes lectures de manuels. J'en étais ainsi arrivé à être assez content de moi—il est vrai que je n'étais pas très difficile,—et en soupesant mon stock de connaissances obstétricales, j'envisageais sans la moindre crainte la perspective de faire sur le vivant l'essai de mon profond savoir, de mon expérience théorique.

Il y avait à peine deux mois que j'étais à Fleuriais, le petit pays où je débutais, quand, un matin, je suis réveillé par un violent coup de sonnette, et après un court colloque entre le visiteur matinal et la bonne, celle-ci accourt me dire :

—Monsieur, c'est pour la femme à Ballard ?

—Quelle femme à Ballard ?

—Eh ! Monsieur sait bien, la femme au menuisier qui est là-bas au bout de la Grand'rue, au tournant de la route de Rouen.

—Eh bien, qu'est-ce qu'elle a ?

—Elle a..., elle a, qu'elle est, paraît-il, en mal d'enfant, et que c'es' pour ça qu'on vient chercher monsieur au plus vite.

Cet appel pressant et irrémédiable me fit passer un froid par tout le corps, et eut pour résultat que, brusquement, en un clin d'œil, tout mon bagage obstétrical s'évanouit : c'était un véritable effondrement. Il me semblait qu'un vide complet venait de se faire à l'inctant dans la case cérébrale réservée à la science des accouchements ; tout était subitement oublié, je ne savais plus rien, rien ! J'étais absolument dans la situation d'un général, très confiant auparavant dans la solidité de ses troupes et qui, au moment du danger, devant l'ennemi, se voit tout à coup abandonné et réduit à l'impuissance. Ah ! si Pajot eût été canonisé, avec quelle ferveur je l'aurais invoqué ! Si seulement, me disais-je, le souvenir de ses notes pouvait me revenir à point nommé, au moment opportun... ?

Heureusement, le menuisier demeurait à l'extrémité du village, et j'espérais bien que pendant le temps que je mettrais à me rendre jusque-là — dix bonnes minutes, — j'aurais le loisir de reprendre mes esprits, et de recouvrer le sens qui m'était le plus nécessaire pour l'instant, le sens obstétrical, c'est-à-dire la pleine possession, la perception bien nette de mes notions antérieures et la faculté de les appliquer correctement.

En route, continuant à me prendre pour un général momentanément abandonné de ses soldats, je tâchai donc de rallier mes troupes éparses et fuyantes, c'est-à-dire mes souvenirs de cours et de lectures : ils arrivèrent sans ordre, pêle mêle, et se mirent à danser dans ma tête une étrange sarabande : cela formait quelque chose de confus, où je ne distinguais rien de précis, et d'où émergèrent quelques lambeaux d'aphorismes formant un ensemble des plus incohérent.

C'est dans cet état d'esprit que j'arrivai chez le menuisier. En apparence, j'avais mon aplomb habituel ; mais, intérieurement, je n'étais pas très rassuré sur l'issue de l'événement, que je qualifiais d'aventure désagréable, mais inéluctable.

—Ah ! monsieur le docteur, comme vous vous êtes fait attendre, me cria le mari, du pas de sa porte.

—Comment ? Mais je n'ai pris que le temps de venir.

—Si vous saviez comme elle s'impatiente, ma femme ? Elle est tout le temps à me dire : Mais il ne viendra donc pas ce médecin ?

Je monte jusqu'à la chambre de la malade, et je me trouve en

tête à tête avec trois commères, plus la mère de la jeune femme, toutes plus disposées à critiquer qu'à bien accueillir le *nouveau médecin*, épiant chacun de mes actes, tout en remuant dans la chambre et ayant l'air de se rendre utiles.

Après examen, fait d'une main très inexpérimentée et à peu près inconsciente de ce qu'elle touchait,—mais qui est-ce qui s'en apercevait sauf moi ?—tous les visages anxieux se tournèrent vers moi, et les quatre femmes me lancèrent à la fois la même interrogation : “ Et bien, monsieur le docteur, ça va-t-il être long ? ”

M'armant de toute mon assurance et de toute ma gravité, je répondis : “ Je crois que nous avons du temps devant nous ; mais, vous savez, en pareil cas, le plus malin peut s'y tromper... Par conséquent, il faut s'attendre à tout et être prêt.”

Ce disant, je passai une inspection rapide des préparatifs faits en vue de l'événement. En réalité, je ne savais rien quant au temps même approximatif qui nous séparait du dénouement ; mais il fallait bien paraître le savoir. Là-dessus, j'eus l'air de partir, prétextant mes courses habituelles, et j'annonçai que je ne tarderais pas à revenir voir comment ça marchait.

Pour dire vrai, j'étais bien aise de me retirer pour me recueillir un peu, et même—puisqu'il faut l'avouer—pour jeter un rapide coup d'œil sur mon manuel d'accouchements, et remettre ainsi un peu d'ordre dans mon petit bagage de connaissances obstétricales, pour le moment assez en désarroi. Tout en faisant ma tournée, et en donnant à droite et à gauche des nouvelles évasives sur l'état de la jeune femme, je ne laissais pas que d'être un peu préoccupé par mon accouchement..... S'il y a quelque difficulté, me disais-je, quelque mauvaise présentation, une complication quelconque, comment vais-je m'en tirer ?

Je passai donc chez moi. En quelques minutes j'eus repassé mes notes d'accouchement, tout comme s'il se fût agi d'un examen. Puis, je m'armai des fers, et essayai de les manœuvrer, commençant tantôt avec la branche mâle, tantôt avec l'autre..... Je voyais bien que ça marchait mal, mais qu'y faire.... Alors, je pris machinalement le gros bouquin de Cazaux. “ Mais il y a de quoi se noyer là-dedans, me dis-je : non, ce n'est pas ça qu'il me faut pour le moment ; ” et je rejetai le volume, mécontent de moi, et en définitive très embarrassé. Ah ! je vous prie de croire que je n'étais pas fier..... Mais le temps de réfléchir était passé ; il fallait faire œuvre de ses dix doigts.

L'émotion aidant, et aussi la température—car bien que seulement en avril, la journée était exceptionnellement chaude,—j'étais en nage quand j'arrivai de nouveau auprès de ma malade. En prévision de l'événement prochain, on avait activé le feu dans la grande cheminée, et comme on n'osait pas ouvrir et qu'il y avait constamment quatre ou cinq personnes dans la pièce, je vous laisse à penser quel air on pouvait respirer là-dedans. Je ne sais

vraiment pas comment la malade, déjà confinée derrière ses rideaux, n'asphyxiât pas dans une atmosphère pareille. Je ne fis peut-être que cela de bon dans l'assistance que j'apportai en pareil cas, ce fut à peu près le seul service que je rendis, mais j'eus conscience que c'était bien réellement quelque chose, et que si le bébé qui allait faire son entrée dans le monde trouvait à sa première respiration un peu d'oxygène à sa portée, c'est à moi qu'il le devrait. Aussi, malgré les protestations des commères, j'ouvris la fenêtre toute grande, sans me préoccuper des *purésies* ou des *fluxions de poitrine* que, d'après elles, je n'allais pas manquer de donner à la mère et à l'enfant. Une chose qu'elle ne voulaient pas admettre non plus, c'est qu'il pût y avoir utilité à laisser le feu bien allumé tout en maintenant la fenêtre ouverte : c'étaient là deux choses qui, pour elles, ne pouvaient pas aller ensemble.

Un peu réconforté par cet air pur, je me remis à la besogne : mais, je fus obligé d'en convenir *in petto*, je ne savais pas mieux que deux heures auparavant où en était ma patiente : avait-elle fait quelques pas vers le dénouement ? C'est ce que j'aurais été incapable d'affirmer.

Pendant que je patageais, cherchant les éléments d'une réponse, à peu près vraisemblable, aux interrogations dont j'étais assailli, tout d'un coup je me sens inondé jusqu'au coude par un flot de liquide : c'était la poche des eaux qui venait de se rompre. Victoire ! pensai-je en moi-même : le reste va suivre. Je me hâtai en effet d'annoncer que, suivant toute probabilité, la mère n'allait pas tarder à être débarrassée.

Comme je n'écris pas pour les gens du monde, mais seulement pour des médecins, je ne crois pas utile d'entrer dans des détails plus techniques. Je ne me sentirais d'ailleurs pas de force à lutter avec Zola qui a plusieurs fois esquissé ce sujet éminemment naturaliste, et toujours avec une nouvelle recherche du détail exact, mais dont l'intérêt *documentaire* ne saurait toucher des médecins.

Tout en m'essayant et me séchant de mon mieux devant le feu, j'encourageais la patiente qui du reste avait jusque-là supporté ses douleurs très bravement, poussant seulement de temps à autre une sorte de grognement, mais déchirant son mouchoir à belles dents. L'entourage piétinait dans la chambre d'un air plus affairé ; on changeait une cuvette de place, on jetait du bois au feu, on remettait un peu plus d'eau dans les cafetières, on donnait une cuillerée de vin sucrée à la malade.

A un moment, où j'étais pas mal agacé, une des commères me demanda s'il y avait moyen de savoir si ce serait un garçon ou une fille, et sans attendre ma réponse, elle raconta que dans le village voisin, un médecin " en mettant son oreille dans le nombril de la femme en travail, reconnaissait le sexe de l'enfant, parce que, quand c'était un garçon, il donnait à chaque instant des coups de pied dans cette partie du ventre." Je ne pus m'empêcher de rire

de cette interprétation fantaisiste de l'auscultation obstétricale. Voyant qu'elle avait du succès, la bonne femme, qui avait la langue bien pendue, continua :

—Je me suis aussi laissé dire qu'il y a certains mois de l'année où on fait surtout des garçons, et d'autres où l'on ne fait guère que des filles.

—Eh bien, vous direz de ma part à celui qui vous a raconté ça qu'il est né dans le mois où on ne fait que des malins.

Et tout le monde de rire, et la commère plus fort que les autres.

Une bonne partie de l'après-midi s'était ainsi passée, et nous n'avancions pas. Naturellement, chacune des femmes présentes émettait son opinion sur la situation, sans s'inquiéter autrement de moi que si j'avais été bien loin : Si l'on faisait ceci ?... Si l'on faisait cela ?... Quant à Mariette a eu son enfant, elle a été très longtemps où ça ne marchait plus du tout ; on lui a fait prendre un breuvage et c'est venu en un clin d'œil..... Etc., etc. Bref, c'était énevant.

Moitié par agacement, moitié pour faire quelque chose, je me mets à formuler et j'envoie chercher de quoi hâter le travail, ou du moins ce que je supposais devoir aider au résultat. A peine la femme qui s'était chargée de la commission fut-elle partie, que je regrettai d'avoir fait cette ordonnance, et je me demandai alors si réellement cette intervention était bien opportune.... Et si cela allait amener un résultat opposé, me disais-je, ou quelque complication ?.....j'étais très ennuyé.

Je me rappelai alors fort à propos une statistique que j'avais vue le matin même, et d'après laquelle 75 à 80 pour cent des accouchements se terminaient heureusement, sans complication et sans intervention d'aucune espèce. Il faudrait que j'eusse vraiment bien peu de chance, me dis je, pour que mon cas ne fit pas partie de cette belle majorité qui me rassurait un peu.

Mais toutes ces réflexions ne m'en rendaient pas moins fort perplexe quant à l'utilité de ce que j'avais envoyé chercher. Pendant ce temps, on pestait autour de moi : cette fois, ce n'était plus au médecin qu'on en avait, mais à la femme qui s'était chargée de la commission ; il était évident pour moi qu'elle devait jaboter avec toutes les commères qu'elle rencontrait sur sa route et je trouvais qu'elle faisait fort bien, car je n'étais nullement pressé de la voir rentrer.

Elle arriva enfin, avec sa drogue, reçut sans s'émouvoir une grêle de reproches sur sa lenteur, et me dit tranquillement : nous allons enfin voir si ça ne fera pas aller plus vite. Mais au moment où je tendais le verre à la malade et où j'allais peut-être retarder indéfiniment le dénouement si attendu, survient une contraction plus forte que toutes les autres, accompagnée cette fois d'un cri perçant, et j'avais à peine eu le temps de poser précipitamment le

verre sur la table de nuit, que l'enfant était presque projeté dans mes mains.

Je poussai un soupir de soulagement : de la malade ou de moi, je ne sais lequel se sentit délivré d'un poids plus lourd. Je remerciai en moi-même dame Nature d'avoir si bien mené les choses à bonne fin, sans ou malgré ma participation, et après avoir donné les soins habituels je regagnai ma demeure le cœur léger.

Les suites furent des plus simples ; il ne se produisit pas le moindre accroc, ni pour la mère ni pour l'enfant.

En définitive, je passai dans le pays pour avoir fait un très heureux début dans la pratique des accouchements..... Voilà comme on écrit l'histoire.

Trois semaines plus tard, — à la campagne on s'attarde moins à garder le lit ou la chambre qu'à la ville, — la jeune mère escortée de ses parents venait m'apporter..... les dragées du baptême.

Ai-je besoin d'ajouter qu'à partir de ce jour je me mis plus sérieusement et surtout plus fructueusement à l'étude de l'obstétrique, pour laquelle cependant, je dois le dire, je n'ai jamais eu autant de goût..... que Chimène pour Rodrigue.

\* \*

Il faut que la médecine ait bien des attraits pour que ses adeptes l'aiment encore malgré les déboires quotidiens qui les attendent.

Le médecin est-il zélé auprès de ses malades ? On le déclare besogneux. — S'il ne fait que les visites strictement nécessaires, " il est peu dévoué," ou bien, " il fait de la médecine en amateur."

Est-il gros, gai, jovial ? Il aime la bonne chère et " il faut le prendre à jeun." — A-t-il un aspect sévère et une face emmaigrie, " on le craint et il semble apporter la mort avec lui."

Envoie-t-il ses notes ? " Il a peur de n'être pas payé ! " — Ne les envoie-t-il pas ? " Il est négligent."

Le moindre débraillé dans sa tenue est sévèrement jugé ; mais s'il a de la correction, c'est " qu'il doit toucher à peine aux malades."

Si le patient guérit, il le doit à la robustesse de sa constitution : — s'il meurt de son mal, c'est que " le médecin l'avait méconnu." Enfin, si par hasard le médecin laisse à sa mort quelque bien : " Il était si rapace ! " — Meurt-il pauvre, comme c'est la règle ; " Il y avait un tel désordre dans sa maison ! "

Heureux encore si, ayant traversé quelque grave épidémie, on ne l'a pas accusé de ne pas guérir les cas pour en permettre la propagation ! Grattez l'homme civilisé, vous trouverez l'Asiatique.

La raison de cet état de choses me semble en ceci, que chaque homme intelligent et instruit peut avoir une teinture de toutes choses, " des clartés de tout," et ne déraisonner sur rien, excepté sur la médecine et les médecins. Des lueurs en médecine sont plus nuisibles que la plus complète ignorance. Un homme peut en jauger, en soupeser un autre d'intelligence égale. Un médecin ne peut être jugé que par ses pairs.