

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

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

Pagination continue.

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

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

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences  
accessoires.

DIRECTEURS : MM.

L'HON. PAQUET, Professeur de Clinique Médicale.		HINGSTON, Professeur de Clinique Chirurgicale.
DESJARDINS, Professeur d'Ophthalmologie.		

Secrétaire de la Rédaction : le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

---

---

VOL. VI. MONTREAL, JUILLET 1892. No 7.

---

---

## ASSEMBLÉE TRIENNALE DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Le 13 juillet a eu lieu à Montréal, l'assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

L'honorable Dr J. J. Ross occupe le fauteuil présidentiel.—

Etaient présents :

MM. les docteurs Marcol, Gibson, H. C. Desrosiers, E. P. Lachapelle, Lanctôt, J. W. Mount, A. G. Ricard ; Poitevin, Chrétien-Zaugg, Jetté, Beausoleil, Chevrefils, Plante, T. Larue, Fiset, DeGrosbois, Lippé, Cholet, M. P. P. Cartier, M. P. P. St Germain, Belleau, Bissonnette, J. E. Fournier, T. G. Wilson, E. Duquet, D. A. Hart, J. A. Desjardins, Brosseau, T. H. Bernier, Eug. St Jacques, Laforest, Raymond, Brisson, F. W. Campbell, Austin, Roy, Simard, Leprohon, Proulx, Migneault, de St-Hyacinthe, P. Laberge, F. Trudel, Brunelle, J. N. Mount, Brien, Desroches, Gagnon, Geo. Villeneuve, Boucher, Angus Macdonnell, Brennan, Bernier, J. N. Chartier, Foucher, Delorme, Chagnon, E. DeCotret, E. N. Chevalier, H. Moreau, Ls. Désy, Latour, E. Roy, Lippé, Durocher, Gauthier, L. E. Fortier, Marsolais, C.-Laviolette, Barry, Manseau, Chagnon, Daoust, Larue, H. Duhamel, R. Hébert, A. Valois, D. Bélanger, Robert Craik, F. X. Trudel, L. L. Auger, Brossard, E. E. Laurent, U. Lacaille, H. Desjardin, Archambault de St Pierre les Becquets,

Lespérance, Faribault, Chartrand, Molleur, Tanguay, Girard, Rasconi, C. E. Lemieux, Simard. L. Larue, Belleau, Leprohon et plusieurs autres.

### Discours du Président

Après la lecture des procès verbaux, *M. le Président* fait quelques remarques :

10. Sur la réciprocité avec la province d'Ontario : il dit que le Bureau de la Province de Québec n'accordera plus de licence aux diplômés d'Ontario, à moins que le Bureau d'Ontario ne s'engage à admettre les licences de la Province de Québec.

20. Sur la protection contre les charlatans.—Il dit que le Bureau a perdu un grand nombre des causes qu'il avait prises contre les Charlatans. La cause principale de ces insuccès semble être dans le fait que les médecins poursuivent sans s'être assurés d'avance que leurs témoins peuvent affirmer sous serment que tel Charlatan a exercé la médecine moyennant finances.—Il engage les médecins à être très prudents sur ce point.

30. Sur les amendements à la loi Médicale, actuelle. Il regrette de n'avoir pu assister aux délibérations du Conseil Législatif, lorsque le bill y a été discuté : dans tous les cas, il espère que le Bill sera adopté à la prochaine session du parlement.

### Amendements à la loi

Sur la question du Bill, l'honorable Dr Marsil prend la parole et dit que le projet de loi aurait certainement été adopté à la dernière session, malgré l'opposition des Universités, si l'hon. Dr Ross n'eût été retenu à Ottawa, pour la présidence du Sénat. Dans tous les cas, il est convaincu que le Bill passera à la prochaine session.

Les universités McGill et Laval basent leur opposition sur les deux points suivants :

10 Les amendements projetés enlèvent aux universités la valeur légale de leurs diplômes.

20 Le fonctionnement d'un bureau a les inconvénients de forcer les nouveaux diplômés à subir de nouveaux examens devant des médecins qui ne sont pas toujours suffisamment qualifiés.

M. le Dr Mount, appuyé par M. le Dr Lippé propose que le collège approuve les démarches qui ont été faites par les membres du Bureau pour faire amender l'acte médical et il espère que les membres de la législature seconderont leurs efforts. Adopté.

### Question des charlatans

M. le Dr E. P. Lachapelle dit que nous avons à Montréal, un certain nombre de charlatans qui s'intitulent les *célèbres médecins*, les

médecins américains, etc., et que la loi ne peut atteindre vu qu'ils exercent, protégés par la licence d'un médecin ; il dit que le nouveau projet de loi devrait contenir une clause à l'effet que le collège puisse enlever sa licence, à un médecin qui en fait un aussi mauvais usage.

Ici, l'hon. Dr Marsil dit qu'il y a plusieurs sortes de charlatans et que l'on doit considérer comme tels, d'après la loi, les médecins diplômés qui pratiquent sans licence, et il demande pourquoi l'on laisse pratiquer dans les hôpitaux, sous contrôle universitaire, des médecins qui n'ont pas droit à leur licence.

M. le Dr Lachapelle dit qu'il regrette l'attaque de M. le Dr Marsil contre l'hôpital Notre Dame : puisque la législature prend sur elle de recevoir chaque année, par privilège, un certain nombre de médecins, il ne voit aucun mal à ce que les autorités des hôpitaux admettent ces médecins à étudier dans leurs salles jusqu'à ce qu'ils aient reçu la faveur attendue. D'ailleurs, le jeune médecin dont parle l'hon. Dr Marsil, n'a le contrôle médical de l'Hôpital que depuis l'adoption de son bill.

En principe, M. le Dr Lachapelle est opposé à ces admissions par faveur.

L'hon. Dr Marsil dit que depuis qu'il est au conseil législatif, aucun sujet n'a été admis sans avoir subi ses examens préliminaires. M. le Président dit qu'un homme qui ne se soumet pas à la loi pour obtenir sa licence, ne fait pas acte de patriotisme : il dit que l'on doit s'opposer autant que possible à ces admissions par bills privés. Et l'incident est clos.

### Rapport du trésorier

#### ÉTAT FINANCIER

du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec depuis le premier juillet 1889 au 8 juillet 1892

RECETTES	DÉPENSES.
Balance en mains le 1er juillet 1889 \$1,780.00	Asseseurs..... \$1,868.00
Contributions et enrégistremnts.. 5,170.00	Auditeurs..... 100.00
Examens préliminaires..... 3,502.00	Examineurs..... 1,550.00
Honoraires des licences..... 3,505.00	Gouverneurs..... 2,000.00
Examens des sages-femmes..... 40.00	Remises..... 460.00
Dividendes, Banque de Montréal.. 250.00	Annonces..... 637.40
Intérêt sur dépôts..... 172.51	Impressions..... 607.42
	Papeterie..... 83.31
	Police de garantie du trésorier... 400.00
	Honoraires des officiers du Collège 1,200.00
	M. McKay agent (Bonus)..... 150.00
	Commission sur collection..... 335.30
	Frais judiciaires..... 150.70
	" de législation..... 745.89
	Estampilles.. 112.69
	Cochers..... 24.25
	Télégrammes..... 8.28
	Escompte sur chèques..... 6.28
	Portiers..... 60.00
	Balance en mains, 8 juillet 1892.... 5,500.00
<b>\$15,647.54</b>	<b>\$15,647.54</b>

A. DAGENAI, M. D.,

Trésorier du Collège des médecins et Chirurgiens de la P. Q.

N. B.—Le Collego des Medecins et Chirurgiens possede en outre 5 parts de la Banque de Montreal valant au pair \$1,000,00.

Nous soussignes, auditeurs, dument autorises par le President du Collego des Medecins et Chirurgiens, de la Province de Quebec, certifions avoir examine en detail tous les livres de comptes et reçus entre les mains du Reg. strateur, des deux Secretaires et du Tresorier, et avoir trouve le tout conforme a l'etat financier ci-dessus que nous certifions correct.

Montréal, 8 juillet

David Smith, }  
T. H. Girouard } Auditeurs.

Les parts à la Banque de Montréal ont une valeur actuelle de \$2,200

M. le Dr E. P. Lachapelle approuve le rapport : le collège se trouve à avoir en main une somme de \$7,700 ; ce qui montre une augmentation de recettes sur les exercices précédents, malgré les dépenses supplémentaires qu'il a fallu faire à l'occasion du bill médical. Il dit qu'à présent que les fonds commencent à entrer en caisse, il serait important que le collège songeât à se faire accorder le droit de posséder un immeuble. Il faudrait une bâtisse convenable avec grande salle de réunions, musées, bibliothèques, etc. Il suggère aussi la publication d'un *annuaire* avec le *nom* et l'*adresse* de tous les médecins licenciés de la province. Cet annuaire est devenu une nécessité.

Le Dr J. A. Desjardins demande si le collège peut donner le montant des arrerages qui lui sont dus.

Le Dr Dagenais dit que le régistrateur n'a pas rendu ses comptes ; que le trésorier ne rend compte que des sommes qui lui ont été remises par le régistrateur.

Le Dr Hart demande s'il y a un rapport des officiers qui rende compte de l'actif et du passif du collège.

Le Dr Larue dit qu'on peut consulter ses livres.

Le Dr Lanctôt dit que cette question de l'actif et du passif est une question d'homme d'affaires. Le collège a le droit de savoir au juste ce qu'il possède et ce qu'il doit. On devrait insérer dans le nouveau bill les clauses nécessaires pour assurer le fonctionnement financier exact des affaires du Collège. Le régistrateur devrait hâter le paiement des arrerages : les taxes médicales sont prescrites tous les trois ans et beaucoup de médecins se prévaudront de cette raison pour ne pas payer. Il devrait y avoir un tableau annuel donnant le nom de tous les membres qui sont en règle et frappant d'incapacité ceux qui n'ont pas payé leur taxe.

L'hon. Dr Marsil dit que si les amendements à la loi sont adoptés, le prix de la licence sera porté de \$20.00 à \$50.00 et que la taxe annuelle sera abolie, l'intérêt de la somme de \$30.00, différence du prix des licences, représentant environ la même somme de \$2.00 par année.

Finalement M. le Dr. Hart appuyé par M. le Dr Desjardins propose qu'à l'avenir le rapport contienne un étal détaillé non seulement des recettes et des dépenses, mais encore de l'actif et du passif du collège ; qu'un comité soit nommé pour examiner les livres du régistrateur et que le bureau soit autorisé à faire rentrer les arrérages le plus tôt possible. Adopté.

M. le Dr Ross, appuyé par l'hon. Dr Marsil propose que tous les les officiers rendent un compte détaillé à la prochaine assemblée semi-annuelle et que des mesures sévères, soient prises pour pour assurer une tenue de livres régulière. Adopté.

### Les élections

Puis l'on procède aux élections du nouveau bureau des gouverneurs.

L'hon. Dr Marcil, propose, appuyé par M. le Dr H. A. Mignault que tous les médecins qui ont payé leurs arrérages avant le moment des élections aient le droit de voter et d'être sur les rangs.

Le Dr Hart dit que l'article troisième du chapitre III des règlements du Collège des médecins s'oppose à cette motion.

Cet article se lit comme suit :

“Aucun membre du Collège ne pourra voter aux assemblées triennales, ni être éligible comme gouverneur, à moins qu'il ait payé le 1er juillet précédent l'assemblée, tout ce qu'il pourra devoir au collège.”

Le Dr Craik dit que la motion de l'hon. Dr Marsil est irrégulière et hors d'ordre ; mais qu'il devrait proposer la suspension de l'article III.

M. le Président dit que la suspension de cette clause ne peut se faire sans le consentement unanime de l'assemblée.

M. le Dr Leprohon s'oppose à la suspension des règles : il faut suivre les lois établies.

Plusieurs médecins se plaignant de ne pas connaître les règlements du Collège ; sur la suggestion de l'hon. Dr Ross, il est proposé par le Dr Beausoleil, appuyé par M. le Dr Hart, qu'une copie des statuts et des règlements du Collège des médecins et chirurgiens, ainsi qu'un rapport des procédés de chaque séance du bureau soient régulièrement envoyé par les secrétaires régionaux, à chacun des membres par l'entremise du régistrateur. Adopté.

M. le Dr Hart donne avis de motion qu'à la prochaine séance du Bureaux des Gouverneurs, il proposera :

1. Le vote par district.
2. L'abolition du vote par procuration.

Enfin le vote au scrutin donne le résultat suivant :

CITÉ DE MONTRÉAL

Dr J. M. Beausoleil.....	282
Dr A. T. Brosseau.....	247
Dr Ad. Dagenais.....	252
Dr J. I. Desroches.....	239

Les membres élus par les Universités sont :

Dr L. B. Durocher.....	Université Laval
Dr H. E. Desrosiers.....	" "
Dr R. Craik.....	" McGill
Dr Ross.....	" "
Dr F. W. Campbell.....	" Bishop
Dr J. Perrigo.....	" "

DISTRICT DE MONTRÉAL

Dr Paul Cartier, M. P. P., Ste-Madeleine.....	259
Dr Cholette, M. P. P.....	238
Dr J. B. Gibson, Cowansville.....	301
Dr P. Laberge, Beauharnois.....	294
Dr Latraverse, Sorel.....	245
Dr Bissonnette, St-Esprit.....	152
Hon. Dr D. Marcil, St-Eustache.....	314
Dr W. M. Prévost, St-Jérôme.....	243
Dr J. H. L. St-Germain, St-Hyacinthe.....	296

CITÉ DE QUÉBEC

Dr L. Larue.....	213
Dr A. G. Belleau.....	300
Dr C. S. Parke.....	301
Dr Vallée.....	304
Dr W. A. Verge.....	303
Dr A. Watters.....	288

Les membres élus par l'Université Laval de Québec sont :

Dr C. E. Lemieux  
Dr Simard

DISTRICT DE QUÉBEC

Dr R. Fiset, Rimouski.....	304
Dr Mackay, Ste-Foye.....	208
Dr P. E. Grandbois, Rivière du Loup.....	304
Dr P. M. Guay, M. P., Lévis.....	303
Dr A. Morrisset, St-Hénédine.....	300

Dr C. Rinfret, M. P., Lotbinière.....	304
Dr L. T. E. Rousseau, St-Casimir.....	304

## DISTRICT DE ST FRANÇOIS

Dr F. J. Austin.....	295
Dr T. Larue, Compton.....	249
Dr E. Paré.....	304

## DISTRICT DES TROIS-RIVIÈRES

Dr E. V. P. Chevretils, Somerset.....	274
Hon. Dr J. J. Ross, Ste-Anne de la Pérade.....	304
Dr Plante, Louiseville.....	226

**Assemblée des Bureaux du Gouverneur**

A huit heures du soir, les nouveaux gouverneurs se sont réunis pour procéder à l'élection de leurs officiers.

L'hon Dr Ross est nommé président ad hoc.

Proposé par le Dr Dagenais, secondé par MM. les Drs. Craik et St Germain, que l'honorable Dr Ross soit nommé président pour un second terme.

Adopté à l'unanimité.

Proposé par M. le Dr C. E. Lemieux appuyé par le Dr Dagenais que M. le Dr Simard soit nommé vice-président pour Québec et M. le Dr F. W. Campbell, vice-président pour Montréal.

Adopté.

M. le Dr L. Larue, secondé par le Dr MacKay propose que le Dr Beausoleil soit nommé registrateur.. Adopté

Le Dr Dagenais, secondé par le Dr Plante propose que le Dr Belleau soit nommé secrétaire pour Québec, et le Dr Brosseau pour Montréal.

Adopté.

Le Dr Beausoleil secondé par le Dr P. Laberge propose le Dr Dagenais comme trésorier pour un nouveau terme.

Adopté.

Sur la motion de MM. les Drs Dagenais et Beausoleil, le Bureau vote des remerciements à M. le Dr L. Larue pour la manière habile et intelligente avec laquelle il a rempli les devoirs de sa charge.

M. le Dr LaBerge, appuyé par M. le Dr Bissonnette propose des remerciements à tous les officiers sortant de charge, surtout à M. le Dr Campbell. Adopté.

**Assesseurs**

Les MM. dont les noms suivent sont nommés assesseurs pour les différentes facultés de médecine de la Province :



MM. les Drs	Gibson et Marsil.....	Laval, Montréal
" " "	Garneau et Sewell.....	Laval, Québec
" " "	Migneault et Ross.....	McGill
" " "	Mignault et J. A. McDonald.....	Bishop

### Les Examineurs

Les MM. dont les noms suivent sont nommés examinateurs pour l'admission des élèves à l'étude de la médecine :

L'abbé J. C. K. Laflamme, Québec, M. le Professeur Waters (Collège Morin), M. le Professeur Pfister, (Ecole Polytechnique) Montréal, M. le Professeur Howe (High school.)

### Comité d'enquête sur les examens de mai

Le Dr Beausoleil donne le rapport des commissaires chargés de s'enquérir des fraudes qui se sont commises aux examens du 8 mai dernier.

Il résulte de l'enquête :

- 1<sup>o</sup> Que les 9/10 des élèves ont eu les questions avant l'examen.
- 2<sup>o</sup> Que sept aspirants ont fait passer leurs examens par des substituts.
- 3<sup>o</sup> Que le mode de se faire remplacer par des substituts existe depuis longtemps.
- 4<sup>o</sup> Que les commissaires sont positifs qu'il y a au moins deux élèves qui ont reçu leur brevets les années dernières sans avoir passé d'examen, mais après s'être fait remplacer par des substituts.

Ce rapport est signé par MM. les Drs. J. Perrigo, Ad. Dagenais et J. M. Beausoleil.

Le Dr Beausoleil dit que les commissaires bien que n'ayant pas donné de conclusions dans leur rapport sont d'opinion que le rapport des examinateurs doit être rejeté et par conséquent, l'examen annulé : la loi donnant au bureau le droit de rejeter aussi bien que d'accepter le dit rapport.

Le Dr Craik s'oppose à ce que le rapport des examinateurs soit refusé et il dit qu'on ne doit annuler l'examen que de ceux qui ont été convaincus.—Le Dr Brosseau parle dans le même sens.

MM. les Drs. Bissonnette et Plante demande que l'examen soit annulé.

Le Dr Dagenais dit qu'il n'y a pas d'injustice à annuler l'examen et il propose appuyé par le Dr Beausoleil, que le Bureau rejette le rapport des examinateurs et que les aspirants du mois de mai dernier soient avertis de se présenter à un examen oral.

Les Drs Ross et Craik disent que le rapport des commissaires n'est pas assez détaillé pour permettre au Bureau d'adopter une telle mesure.

Finalement M. le Dr Gibson, appuyé par M. le Dr Campbell, propose en amendement :

“ 10 Que tous les élèves qui ont réussi dans tous leurs examens devront faire une déclaration solennelle en présence des examinateurs et d'un magistrat de Montréal qu'ils ont passé leur examen en personne et ne se sont pas servis de moyens illégaux : alors seulement, ils auront droit à leur brevet.

20 Que tous ceux qui ont failli en tout ou en partie devront faire une déclaration solennelle devant les examinateurs et un magistrat de Montréal qu'ils se sont présentés en personne et ne se sont pas servi de moyens illégaux ; et alors seulement, ils seront admis à reprendre leurs examens.

La dite déclaration solennelle devra être faite, un jour fixé, avant ou aux examens de septembre 1892 ou mai 1893.

L'Hon Dr Ross dit que le Bureau connaissant les coupables, est disposé à sévir avec toutes les rigueurs de la loi contre ceux qui feraient de fausses déclarations. Et il espère qu'ainsi avertis les aspirants seront sur leur garde : toutefois il serait peut-être préférable d'exiger le serment.

Enfin l'amendement du Dr Gibson est adopté à l'unanimité.

Le Dr Dagenais demande ce que l'on doit faire des élèves qui ont obtenu leurs brevets pas substitutions et qui étudient actuellement la médecine.

Cette question est remise à la prochaine assemblée semi-annuelle du Bureau.

### **Examens futurs**

Les Drs Dagenais et St Germain proposent que les examinateurs ne fassent pas de programme et ne spécifient pas d'avance sur quels auteurs ou sur quelles parties d'auteurs ils interrogeront.

Adopté.

---

## **BULLETIN**

### **Les examens de mai dernier**

Nous tenons à dire un mot au sujet de la motion de M. le Dr Gibson.

Cette motion établit une peine égale pour les aspirants des catégories suivantes :

1. Ceux qui ont été remplacés par des substitués.
2. Ceux qui ont eu les questions. Au point de vue de la culpabilité, ceux-ci se subdivisent : l'élève qui a fait des démarches pour avoir les questions, est certainement plus coupable que celui auquel on a dit :

“ Nous avons les questions, tu viendras ce soir ; nous les préparerons, emporte deux piastres pour aider à les payer ;” et qui dans un moment d'enthousiasme a accepté.

Se faire remplacer par un substitut implique l'idée d'ignorance d'incapacité et de manque d'honneur : ceux-là doivent être rejetés impitoyablement et pour toujours.

Faire des démarches pour acheter les questions implique un manque d'honneur assez grand pour nous permettre de croire qu'un tel élève n'hésitera pas à faire une fausse déclaration plutôt que de s'incriminer.

Quant à ceux qui ont agi par légèreté, à présent que les choses prennent une tournure sérieuse, ce sont les seuls qui n'oseront pas venir faire leur déclaration solennelle et qui par conséquent se verront à jamais fermer l'entrée de la médecine.

Nous disons donc que ceux qui se sont fait remplacer par des substituts ne doivent pas être admis à prêter un serment solennel. On ne sait pas ce qui pourrait arriver et réellement le bureau se donne trop d'ennui en s'exposant à être obligé de les poursuivre.

Quant à ceux qui ont eu les questions, ils ne sont pas tous coupables au même degré, par conséquent le chatiment ne doit pas être égal. Nous ne suggérons rien mais nous croyons que c'est punir bien sévèrement un acte de légèreté, que de refuser à ces jeunes étourdis la faculté de reprendre sérieusement leurs examens un peu plus tard.

Il est des questions surtout lorsqu'ils s'agit de l'avenir d'un homme, sur lesquelles l'on ne peut passer, sans donner une sérieuse attention.

### **Le nouveau Bureau**

Nous avons vu avec plaisir le résultat de l'élection des gouverneurs. La politique du nouveau bureau est avant tout une politique de progrès.

Son programme comprend plusieurs points importants, parmi lesquels nous citerons la création d'un bureau central d'examineurs, réforme dans l'administration des affaires du Collège envoi des rapports des séances à tous les membres, etc., etc.

---

## **MEDECINE**

---

### **Pathogénie et traitement du coup de chaleur**

M. le docteur André Martin, médecin-major, montre qu'au point de vue clinique on peut distinguer trois grandes formes du coup de chaleur ;

1<sup>o</sup> La forme cérébro-spinale caractérisée par tous les signes d'une congestion intense des centres nerveux : injection de la face et des conjonctives, convulsions, coma, stertor ;

2<sup>o</sup> La forme cardialgique ou syncopale, avec sueurs profuses, pouls misérable ou supprimé, face pâle ;

3<sup>o</sup> La forme pulmonaire avec anxiété, dyspnée et asphyxie progressives.

Toutes ces formes sont le résultat d'une auto-intoxication par les leucomaïnes créés en excès dans l'économie sous l'influence de la fatigue et incomplètement éliminées. La chaleur humide, l'atmosphère lourde, pesante, avec nuages bas chargés d'électricité, jouent un rôle plus grand que l'insolation. Le surmenage, soit physique, soit intellectuel, les excès vénériens ou alcooliques produisent une prédisposition manifeste.

On doit, dans la prophylaxie, tenir compte de ces diverses causes et ne pas se préoccuper seulement de l'insolation prolongée. Même pendant la nuit, le séjour dans des locaux encombrés, mal aérés, à température surchauffée, peut produire des accidents.

Comme traitement, M. André Martin signale tout d'abord les moyens classiques. Le malade sera déshabillé et couché dans un endroit frais. On fera des injections sous-cutanées de 1 à 2 grammes d'éther toutes les heures. La respiration artificielle sera pratiquée, au besoin, pendant plusieurs heures. Dans le cas de congestion cérébrale, on emploiera les affusions froides sur la tête, la révulsion sur les membres inférieurs. Mais on aura principalement recours pour tonifier le cœur, exciter le système nerveux et activer la diuresis, aux injections sous-cutanées de caféine. On prescrira :

Caféine.....	2 grammes.
Salicylate ou benzoate de soude.....	4 —
Eau distillée Q. S. pour 10 centimètres cubes.	

Un centimètre cube renferme 20 centigrammes de caféine ; deux à quatre seringues de Pravaz dans les vingt-quatre heures.

Les lavements purgatifs, comme agents de révulsion, les injections sous-cutanées de pilocarpine pour aider à l'élimination par les sueurs des toxines formées, ont été parfois utiles.

*(Semaine médicale.)*

### **Diagnostic de la lithiase biliaire.**

—La diagnostic des formes frustes de la lithiase biliaire est des plus difficiles. Il faut tenir compte d'abord des cas dans lesquels la colique hépatique franche est remplacée par des crampes d'estomac, des ti-

raillements, de légères douleurs, ou une simple tendance au sommeil. Ces phénomènes sont souvent pris pour de la dyspepsie simple ou pour un réflexe attaché à l'utérus. Il y a cependant là quelques caractères assez spéciaux qui permettent de reconnaître qu'il ne s'agit que d'une dyspepsie ordinaire ; c'est, avant tout, la prédominance des phénomènes douloureux sur les troubles sécrétoires ; ces malades n'ont ni vomissements, ni pituites, ni même de renvois, et c'est là un point très important.

Un autre caractère est l'indépendance des phénomènes douloureux par rapport à la qualité et à la quantité des aliments. Ces malades souffrent indifféremment après toute alimentation, qu'elle soit lourde ou légère. Enfin, la douleur survient presque toujours deux à trois heures après le repas. Ces trois caractères réunis ont une très grande importance.

A côté de ces formes très légères de la colique hépatique, il en est de graves où l'intensité de la douleur et sa persistance rendent le diagnostic tout aussi difficile. Le fait suivant en est un exemple : Une femme névropathe, à antécédents arthritiques, fut prise tout d'abord de troubles gastriques peu caractéristiques, puis, tout à coup, de crises douloureuses horriblement pénibles, avec intolérance absolue des liquides. Ces crises se renouvelaient fréquemment et aucun régime ne les modifiait. Le lavage n'avait donné aucun résultat. Un jour, une douleur plus atroce que les autres se produisit, et la malade rendit un gros calcul après une hémorragie intestinale. La maladie avait ainsi évolué pendant deux ans, et, bien qu'on eût soupçonné la colique hépatique, les nombreux médecins qui avaient vu cette maladie n'avaient pas osé affirmer ce diagnostic. Ce qui pouvait y faire penser, c'est que jamais elle n'avait eu de pituites, de sécrétions gastriques, et paraissait moins digérer les graisses ; elle était soulagée par les acides végétaux, le citron surtout, tandis que l'acide chlorhydrique augmentait les douleurs.

Il est des cas encore dans lesquels les irradiations périphériques des coliques sont très éloignées et peuvent être facilement trompeuses. Certaines coliques se traduisent par des céphalées. M. Rendu a soigné une malade de ce genre, migraineuse, qui distinguait très bien sa migraine vraie de la douleur de tête hépatique, laquelle durait plusieurs jours. Elle expulsa des calculs, précisément au moment où elle souffrait de cette céphalalgie particulière.

Il est des cas dans lesquels la colique n'éveille pas de phénomènes douloureux, mais des phénomènes nerveux. En général, le caractère s'altère ; mais, de plus, il y a des malades qui deviennent mélancoliques et tristes, et cela, non pas en raison des douleurs qui sont alors

réduites au minimum. Une malade, soignée par M. Rendu, présentait des troubles de ce genre assez prononcés pour qu'on se demandât s'il ne faudrait pas arriver à un internement. La colique hépatique fut cependant soupçonnée. en raison de troubles dyspeptiques de forme particulière, et, de fait, au bout de six semaines se produisit une colique des plus violentes qui dura dix-sept jours, et à la fin de laquelle 43 calculs furent expulsés. La guérison s'ensuivit complète, et l'intelligence redevint ce qu'elle était auparavant. Ici il s'agissait d'une femme particulièrement intelligente et chez laquelle cette sorte de ly pémanie était exclusivement sous la dépendance de la lésion hépatique. On peut donc admettre qu'il y avait quelque chose de vrai dans l'interprétation que les anciens donnaient au mot hypochondrie.

Enfin, on peut citer, parmi les cas si nombreux de lithiase biliaire, ceux dans lesquels les malades présentent presque exclusivement les attributs de la chlorose. Cet état peut durer longtemps et ne se juger que par une colique hépatique franche ou par le traitement de Vichy, qui fort souvent a pour résultat de provoquer, dès le début, une crise douloureuse plus ou moins violente.

*(L'Union Médical.)*

---

## THERAPEUTIQUE

---

### **Traitement de la Tuberculose pulmonaire au moyen d'inhalations de sulfure de carbone mé- langé au phosphate de chaux,**

Par le DR COROMILAS, de Celanata [Grèce] (1).

Messieurs,

L'insuffisance des moyens d'investigation en matière de sciences expérimentales rencontrée dans les villes où les exercices microscopifont défaut, d'autre part le manque du temps nécessaire à un médecin pour se livrer à ces études, tout en pratiquant la science au milieu de ses concitoyens, ne m'ont pas permis de présenter au complet, et sous tous les points de vue scientifiques, le présent travail.

Je vous le sou mets cependant aujourd'hui, tel quel, tant je suis désireux d'y appeler votre attention et de connaître votre sincère appréciation sur la valeur exacte de mes observations.

---

(1) Communication faite à la Société de Médecine pratique de Paris, le 10 mars 1892.

Ne vous attendez pas, messieurs, à y trouver de nouvelles théories sur la tuberculose, non plus qu'une solution de ce difficile problème, mais simplement des observations recueillies au cours d'un traitement qu'à la suite de longs essais j'ai été amené à adopter et grâce auquel plusieurs de mes confrères ont, à ma grande satisfaction, obtenu d'heureux résultats.

C'est au commencement 1888 que je fis pour la première fois l'essai du traitement de la tuberculose par les inhalations de sulfure de carbone mélangé au phosphate de chaux. Depuis cette époque jusqu'au moment de mon départ de Grèce, j'ai traité ainsi 99 malades, dont 58 avec succès.

Dans ces 58 succès j'ai eu 12 récidives.

Je remis les malades au traitement et j'obtins 7 guérisons.

Des 5 autres : le premier, atteint de nouveau par l'affection au bout d'un mois, abandonna mon traitement pour suivre celui d'un autre confrère et mourut ; le deuxième fut atteint au cours du traitement d'une complication de pyothorax ; j'ai procédé à l'opération qui a amené une grande amélioration ; le troisième, redevenu tuberculeux, après dix mois de guérison, a repris le traitement en usage chez tous les praticiens de mon pays ; le quatrième, remis également au sulfure de carbone pour récidive survenue après un mois de guérison, avait obtenu une grande amélioration de son état, malheureusement, un profond chagrin vint abattre ses forces et il succomba ; le cinquième enfin était en voie de guérison à mon départ.

En outre, je dois encore signaler :

6 décès de personnes qui ne présentèrent jamais d'amélioration au cours de leur maladie.

5 autres décès survenus à la suite de complications :

Chez l'un par endocardite, chez un autre par dysenterie ; chez un troisième par méningite ; chez un quatrième par influenza ; chez le dernier enfin, par hémorragie pulmonaire.

Chez un de mes malades, j'obtins la guérison du poumon droit et une amélioration du poumon gauche.

Deux décès survenus chez deux malades que, en vue d'observation comparative entre l'action des médicaments indiqués jusqu'à ce jour et celle du sulfure de carbone, j'avais soumis au traitement ordinaire.

24 améliorations manifestes ; mais ces 24 malades n'ont pas continué le traitement.

Enfin deux autres cas, un peu plus compliqués, dont je me propose de parler longuement dans les observations (nos 17 et 52) que j'aurai l'honneur de soumettre par écrit à l'appréciation de la Société.

De tout ceci, il résulte que, si nous éliminons les 24 malades qui,

après amélioration, n'ont pas continué le traitement, et les 2 décès survenus à la suite de l'emploi du traitement ordinaire, nous arrivons au total de 73 cas de tuberculose.

Sur ces 73 cas, j'ai pu obtenir 58 succès, ce qui donne une moyenne de guérisons de 76 o/0.

On peut constater les mêmes proportions dans les statistiques établies par certains de mes confrères ayant soumis leurs malades aux inhalations de sulfure de carbone.

C'est ainsi que le Dr P. Oconomopoulos, ancien militaire, m'a communiqué 13 observations, dont 9 guérisons sans récidives, 1 amélioration et 3 décès. Tout dernièrement encore, il m'a envoyé 6 nouvelles observations des plus satisfaisantes au point de vue du résultat acquis, puisqu'il espère, m'a-t-il dit, obtenir la guérison complète.

J'ai reçu également du Dr Phéloritor une lettre de félicitations au sujet de la guérison obtenue par l'emploi de mon traitement chez une des malades.

Il m'affirme avoir eu lui-même quelques bons résultats.

Le Dr Vassilakis m'annonce la guérison d'un malade condamné par les Drs de Pyrgos et de Patras.

#### TRAITEMENT

Je crois utile de signaler tout d'abord que je prescris les toniques et les antipyrétiques en même temps que les inhalations.

*Mode d'emploi du sulfure de carbone.* — On commence par prescrire la dose suivante :

Sulfure de carbone.....	15 grammes.
Phosphate de chaux.....	10 —
Eau.....	100 —

Tous les huit ou dix jours, je renouvelle le médicament en augmentant la dose de sulfure de carbone de 5 grammes sur la dose précédente, jusqu'à concurrence de 30 grammes, quantité que je ne dépasse jamais.

J'ai tenté de substituer dans les inhalations l'iodoforme au phosphate de chaux.

Je n'ai obtenu ainsi que deux guérisons. Aussi ai-je conclu que l'action du phosphate de chaux est plus efficace.

J'ai observé chez quelques malades, pendant les premières semaines de traitement, de la faiblesse et une diminution sensible de poids. Mais ce n'est là qu'un état passager. Bientôt les forces reviennent et l'embonpoint reparait.

Il me paraît nécessaire d'ajouter les quelques observations suivantes :



1° L'appareil à inhalation ne doit pas contenir plus de 200 grammes d'eau.

2° En hiver, et principalement dans les pays froids, on doit envelopper l'appareil avec du coton, ou bien avec de grosses serviettes, pour permettre à l'évaporation du sulfure de carbone de se produire plus facilement.

Pour la même raison, il serait bon que la chambre à inhalation eût constamment une température de 20 ou 25° au-dessus de zéro.

3° Au début de chaque inhalation, il faut secouer l'appareil afin de mélanger le sulfure de carbone au phosphate de chaux dans l'eau y contenue et d'éviter le dépôt du fond.

4° Au début du traitement, les malades se contenteront de trois ou quatre longues ou profondes inhalations répétées toutes les trois ou quatre heures.

Plus tard, ils pourront faire ces inhalations toutes les deux ou trois heures.

5° Le médicament doit être renouvelé tous les huit ou dix jours, car après plusieurs bonnes inhalations, on ne voit plus de sulfure de carbone au fond de l'appareil.

6° Si le malade, pendant les inhalations, est pris d'hémoptysies, ainsi que j'ai eu occasion de le constater deux fois, on doit absolument suspendre le traitement par le sulfure jusqu'à l'arrêt complet des hémoptysies.

On le reprendra ensuite suivant le mode prescrit.

Les nombreux cas de succès, dans le traitement de la tuberculose, observés par moi et par ceux de mes confrères qui ont fait usage du sulfure de carbone, m'ont amené à conclure que ce médicament a une action indéniable et puissante contre la tuberculose.

J'ose même dire qu'il paraît être le médicament vraiment héroïque de cette terrible affection.

Si j'ai pris la liberté, messieurs, de tirer moi-même cette conclusion de tous ces faits, c'est dans l'espoir que des maîtres aussi autorisés que ceux qui composent cette Assemblée, voudront bien y porter leur attention et en reconnaître l'exactitude.

(*Revue Illustrée de Polytechnique Médicale.*)

### **Technique du lavage de l'estomac.**

Le livre sur le *Lavage de l'estomac*, publié par MM. Debove et Rémond dans la Bibliothèque Charcot-Debove contient un chapitre de technique qui nous paraît particulièrement utile au praticien.

Le lavage de l'estomac est une opération fort simple ; elle devrait

toujours se faire sans difficultés. Cependant, quelquefois, l'état d'émotivité où se trouvent les malades, ou toute autre cause, viennent momentanément compliquer la technique. Il y a certaines précautions à prendre, certaines règles à suivre. Tout ce qui va être dit se rapporte à l'emploi du tube Debove présentant cette particularité que son extrémité œsophagienne est d'une consistance demi-rigide.

On se place devant le patient assis et, déprimant la base de la langue avec l'index de la main gauche, on introduit, le plus loin possible et en le faisant glisser contre la paroi postérieure du pharynx, l'extrémité semi-rigide du tube. Cette extrémité a pu être enduite de glycérine, de vaseline. Le plus simple est de la mouiller, l'eau suffit à assurer le glissement du tube et le malade n'a pas ainsi de sensation désagréable.

Sitôt la sonde ainsi engagée, on retire le doigt de la main gauche, et tout en priant le malade de faire des mouvements de déglutition, on pousse le tube qui se trouve entraîné mécaniquement dans l'œsophage. On continue à le faire progresser lentement, sans brusquerie, en répétant au malade d'avaler et de souffler. Le premier de ces deux mouvements sert à faciliter la déglutition de la salive dont l'accumulation pourrait provoquer des efforts de toux ; le second assure au médecin qu'il est bien dans l'œsophage. Il permet au malade de vaincre la sensation de dyspnée légère qu'il éprouve en général, les premières fois qu'il avale la sonde.

Enfin, un léger ressaut vous avertit que vous avez franchi le cardia ; en même temps, la virole métallique située à 50 centimètres du bout œsophagien arrive au niveau des dents.

Vous faites alors incliner la tête du patient en avant. Cette position permet un reflux plus facile du sang de l'extrémité céphalique vers le cœur. Elle facilite l'écoulement par l'orifice buccal, de la salive toujours plus abondante, au moins les premières fois ; enfin le malade respire plus aisément.

On verse alors dans l'entonnoir, qui se trouve à l'autre extrémité de la sonde, une certaine quantité d'eau, tiède ou froide, pure ou chargée de principes médicamenteux. Lorsque l'entonnoir, tenu jusque-là au niveau de la bouche, est rempli, on l'élève au-dessus de la tête du patient. Quand le liquide est sur le point de disparaître, on abaisse rapidement l'entonnoir, au-dessous du niveau de la ceinture du malade. On peut, à ce moment, faciliter l'opération en pinçant la sonde au-dessous de sa jonction avec l'entonnoir ; on empêche ainsi le liquide de s'écouler trop vite dans l'estomac. Lorsque l'entonnoir est arrivé au-dessous de l'extrémité gastrique de la sorte, il ne reste plus qu'à laisser s'écouler l'eau.

Celle-ci se vide par un simple mouvement du siphon en entraînant les parcelles alimentaires, les détritns, le mucus, etc.; qui pouvaient être contenus dans l'estomac. On renouvelle cette opération autant de fois qu'il est nécessaire pour que l'eau reste propre.

On retire alors la sonde en engageant le malade à faire quelques mouvements de déglutition qui préviennent des régurgitations quelquefois pénibles.

Il est rare qu'il survienne quelq'incident désagréable au cours des manipulations qui viennent d'être décrites. Cependant, certains individus ont une telle hyperesthésie de la lucte et de la partie supérieure du pharynx qu'ils ont des nausées assez fortes pour empêcher l'introduction de la sonde. Un badigeonnage à la cocaïne, quelques grammes de bromure pris pendant un jour ou deux avant le lavage, viendront facilement à bout de cette susceptibilité.

Il est arrivé qu'on a introduit le bout du tube dans le larynx. Cet accident sera d'autant plus rare que le tube employé sera plus volumineux. Il y a donc intérêt à se servir du plus gros calibre. D'ailleurs, l'usage d'une sonde volumineuse est, toutes choses égales d'ailleurs, une raison pour que le lavage soit plus aisé. Les réflexes nauséux sont moins intenses, la tolérance de l'œsophage s'établit plus rapidement et plus complètement.

Lorsque la sonde est d'un faible calibre et qu'elle peut par suite pénétrer dans le larynx, les malades suffoquent, se débattent avec violence, la cyanose apparaît rapidement. Bref, les phénomènes sont tellement marqués, tellement bruyants qu'il ne semble pas que des conséquences graves puissent réellement se produire. Elles sont cependant possibles, au moins en théorie. On les évitera à coup sûr en faisant souffler le malade, ainsi qu'il a été dit. M. Couetoux a publié un cas où cet accident s'était produit. Il s'agissait d'une fille dyspeptique, un peu nerveuse. Après avoir, assez difficilement, introduit un tube, l'auteur s'étonna de ne pas voir le liquide gastrique refluer dans la sonde, malgré les violents efforts de toux que faisait la malade. Il crut le tube bouché il souffla dedans avec un soufflet; il se produisit immédiatement de la cyanose. Le tube fut retiré aussitôt sans présenter d'autres troubles.

C'est là un fait rare, plus rare à coup sûr que l'enroulement dans l'arrière gorge d'une sonde, qui, butant contre la base de la langue, ne serait pas régulièrement engagée dans l'œsophage. Il arrive alors que le tube se replie et que le médecin qui cherche à le faire pénétrer jusque dans l'estomac croit être arrivé dans cette cavité, alors que tout l'instrument s'est simplement pelotonné au fond de la bouche.

Cet accident est d'autant moins possible que le tube est plus gros.

-  
Il  
lig  
toi  
tie  
sufi  
sau:  
nèti  
cet  
plus  
la sc  
celle  
côté  
dent  
pour  
toute  
Ces  
plus re  
catrisa  
ment l'  
ulcérat  
Bien  
de cette  
la pomp  
leusiew  
consécut  
l'aboutis:  
ont fait r  
vations d  
pendant  
de l'estom:  
terminer  
dence, et  
vient brus  
est moins  
sonde, la r  
Donc ces  
présence de  
pas outre m  
tè devra être  
cations dont  
Nous devc  
peuvent surv

Il n'a pas en général d'inconvénient sérieux, mais il peut arriver que le liquide, versé par l'entonnoir, alors que la sonde est arrivée dans l'estomac, passe inopinément et en grande quantité au niveau de la partie supérieure du larynx dans laquelle il peut pénétrer. Le malade suffoque alors et on a vu des accidents très graves résulter de cette fausse manœuvre. Dans la très grande majorité des cas, le tube pénètre sans encombre dans l'estomac. Son contact avec les parois de cet organe détermine quelquefois des contractions très violentes ; le plus souvent, les liquides contenus dans la cavité refluent à travers la sonde, mais quelquefois aussi, si la sonde est obstruée par une particelle alimentaire un peu volumineuse, on peut voir le malade vomir à côté du tube. Très souvent, presque toujours même, c'est là un accident sans importance. Il suffit de faire pencher le malade en avant pour que tout reflux des matières vomies vers les voies respiratoires, toute suffocation soit évitée.

Ces efforts de vomissements peuvent avoir un inconvénient beaucoup plus redoutable et leur action sur un ulcère de l'estomac, en voie de cicatrisation, ou en imminence de perforation, contre-indique formellement l'emploi de la sonde, lorsqu'il existe des raisons de croire à une ulcération de la muqueuse.

Bien des auteurs ont signalé, et nous-même avons vu des exemples de cette action. Certes, le danger est moindre avec le siphon qu'avec la pompe, et il existe plusieurs observations, celles par exemple d'Oleśiewsky, de Michaelis, qui prouvent que, même quand il se produit consécutivement à un lavage une hématomèse, la mort n'est pas l'aboutissant fatal des accidents, d'autant plus que certains auteurs ont fait rentrer dans le groupe des cas dont nous parlons des observations dans lesquelles on avait retiré du sang noir (Cornillon). Cependant Werner ayant essayé de soulager un malade atteint de cancer de l'estomac, vit une perforation se produire et un collapsus mortel terminer rapidement la scène. Mais ici il y avait au moins imprudence, et si on peut être surpris lorsqu'une hématomèse inattendue vient brusquement trahir l'existence d'un ulcère, latent jusqu'alors, on est moins excusable de provoquer, par un usage un peu brutal de la sonde, la rupture d'une masse néoplasique cancéreuse.

Donc ces accidents consécutifs à l'irritation mécanique que cause la présence dans l'estomac de l'extrémité du tube, ne nous préoccupent pas outre mesure. Ce sont, avant tout, des exceptions ; et leur rareté devra être extrême, si l'on observe rigoureusement les contre-indications dont nous établirons la liste un peu plus loin.

Nous devons préalablement continuer cette étude des accidents qui peuvent survenir au cours du lavage. Nous avons signalé, en parlant

de la pompe, l'arrachement possible d'un fragment de la muqueuse. La sonde, le siphon, sont incapables de produire pareil traumatisme.

Kussmaul, et depuis son travail, MM. Dujardin-Beaumetz et Catin-Dreyfus-Brisac, Martin, Langerhans, d'autres encore, ont signalé l'apparition au cours du lavage, ou immédiatement après, de phénomènes tout à fait comparables à ceux décrites par Dance et Troussau sous le nom de tétanie.

On comprendrait assez facilement l'apparition de la tétanie dans la dilatation de l'estomac sous l'influence de la résorption de produits fermentés, de toxines convulsivantes. Ce qui est beaucoup plus difficile à interpréter, c'est l'explosion brusque des symptômes dont nous parlons lorsque le lavage a débarrassé la cavité gastrique de tout ou partie de son contenu.

Serait-ce qu'ici, comme dans le choléra, la déshydratation plus ou moins brusque de l'organisme viendrait expliquer le phénomène tétanique ? Cette interprétation admise par Kussmaul, est difficile à soutenir. Le choléra sec s'accompagne de crampes ; lorsqu'il y a des selles diarrhéiques, celles-ci représentent toujours un volume de liquide plus considérable que celui qui se trouvait dans l'estomac des malades auxquels nous avons fait allusion. D'autre part les manifestations convulsives du choléra se limitent aux crampes et ne vont qu'exceptionnellement jusqu'aux secousses convulsives. Il est au moins étrange de voir les effets diminuer d'intensité quand la cause s'aggrave. On n'a d'ailleurs pas pu trouver de toxines dans le contenu gastrique des malades examinés à ce point de vue. De nombreux auteurs ont donc considéré, dans ce cas, la tétanie comme un phénomène réflexe. Le point de départ serait dans l'estomac lui-même, dans l'intestin ou dans le péritoine.

Quoi qu'il en soit, nous venons d'énumérer à peu près tous les accidents que l'on pouvait avoir à constater, disons même à combattre, au cours du lavage. Il nous reste, avant de terminer ce chapitre, à poser les contre-indications à l'emploi de la sonde. Lorsqu'il existe en effet une maladie générale ou locale, sur l'évolution de laquelle l'excitation que cause l'opération qui nous occupe pourrait avoir une influence défavorable, il sera préférable de ne pas passer outre. Cette lutte, cette résistance de la part du malade, qui s'oppose quelquefois tout à fait à la pénétration du tube dans les premières voies, constitue en réalité un effort. Il y aura donc lieu de s'abstenir dans un grand nombre d'affections du système cardio vasculaire. Une hémorragie récente, quel que soit son siège, est une contre indication formelle. Il faudra observer la même réserve en présence d'un anévrisme de l'aorte, d'une maladie organique du cœur. L'angine de poitrine elle-

même devra commander la prudence dans l'emploi du tube ; il en sera de même de toutes les névroses cardiaques.

La tuberculose avancée, l'emphysème pulmonaire accompagné de bronchite, chronique et généralisée, les cachexies profondes, quelle que soit leur origine, devront encore engager le médecin à multiplier les précautions. Le lavage de l'estomac a pu rendre de grands services au cours de la grossesse : cet état nécessite également de grands ménagements et une suppression préalable, au moyen de la cocaïne, de la susceptibilité pharyngée du malade.

Dans un autre ordre d'idée, la contre indication sera la conséquence d'une maladie de l'estomac, du tube digestif. L'ulcère rond accompagné d'hématémèse et de méléna, le cancer avec ses vomissements noirs et tous ses signes classiques, telles sont toutes des raisons fort sérieuses pour s'abstenir d'employer la sonde. On devra encore être très prudent quand l'état général du malade pourra faire penser que les parois gastriques ont une friabilité spéciale (dégénérescence amyloïde). Ces cas sont d'ailleurs exceptionnels, et cette discussion pourrait devenir fastidieuse. Le lavage de l'estomac a une valeur diagnostique et thérapeutique. Son emploi, dans l'exploration de l'estomac malade, l'étude des renseignements qu'il peut fournir, permettront d'apprécier les services qu'il peut rendre pour diagnostiquer et guérir ces mêmes maladies.

*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

### **Du chloroforme et de ses applications aux maladies épidémiques et contagieuses et en particulier à la tuberculose**

PAR M. LE DOCTEUR M. LESPREZ (de Saint-Quentin).

Je n'ai pas aujourd'hui l'intention de présenter un travail complet sur l'application du chloroforme sous ses formes les plus variées au traitement de la tuberculose. Je me bornerai seulement à signaler les propriétés vraiment merveilleuses que possède ce médicament antibacillaire sous différentes formes.

Le chloroforme a donné des résultats si remarquables dans le traitement du choléra, que cet agent thérapeutique m'a paru présenter les qualités les plus précieuses et les plus susceptibles d'une application générale aux affections contagieuses de nature bacillaire. Aussi ai-je associé depuis longtemps ces données scientifiques au traitement de la tuberculose pulmonaire ; on trouve dans les remarquables propriétés antiseptiques du chloroforme un agent des plus efficaces pour combattre cette redoutable maladie.

Le chloroforme est l'antibacillaire volatil le plus puissant connu puisque, "à dose *infinitésimale*, il suspend toute fermentation *et la vie des micro-organismes*".

Dans ses *Leçons sur les auto-intoxications* (1887), le professeur Bouchard considère le chloroforme comme un antidote des poisons qui ont déterminé les accidents urémiques, surtout dans l'éclampsie des femmes en couches (p. 143), et l'eau chloroformée comme entravant les fermentations dans la dilatation de l'estomac (p. 197 et 199.)

Salkowski, le savant bactériologiste allemand, cherchant en 1888 à l'aide de la méthode de Koch à étudier le degré d'action exercée par l'eau chloroformée sur les micro-organismes, constata que "l'action de l'eau chloroformée et à plus forte raison du chloroforme pur sur le bacille virgule et le bacillus anthracis est si énergique, qu'une culture fraîche de choléra mélangée à un volume égal d'eau chloroformée est *stérilisé au bout d'une minute*". Il conseille largement l'emploi de l'eau chloroformée dans le traitement du choléra.

Ces expériences donnent une explication très nette des résultats excellents obtenus à l'aide du chloroforme à doses légères dans diverses épidémies très meurtrières du choléra : à Damas en 1875, par le docteur Cossini ; dans l'Inde française (1876-1877), par le docteur Follet ; en 1882, en Cochinchine, par le docteur Chastang ; au lazaret de Bône (Algérie), par le docteur Jetre, 1884 ; à Toulon, par le docteur Chapuis, 1883 ; à Alep, en 1890, par le docteur Corrado, qui a obtenu, dans la dernière épidémie, des résultats d'une rapidité étonnante.

Après les démonstrations réitérées de l'action délétère du chloroforme sur les micro-organismes, et, en particulier sur le bacille virgule du choléra, dont les effets sont si rapides et si redoutables, n'est-il pas logique de penser que le chloroforme doit aussi être absolument employé dans la tuberculose comme *complément d'un traitement reconstituant* et d'une *hygiène aussi bonne* que possible.

INNOCUITÉ DU CHLOROFORME À DOSE LÉGÈRES ;  
SON ÉLIMINATION TRÈS RAPIDE ; ACTION PROPHYLACTIQUE PUISSANTE.

Le chloroforme à dose très modérée, soit à l'état de vapeur, soit à l'état d'eau chloroformée en boissons ou en vapeur, n'est pas seulement un anti-bacillaire diffusible puissant et inoffensif pour le malade, il est encore un des réparateurs les plus efficaces et les plus rapides des désordres causés par la présence des bacilles.

Dans le choléra, depuis que M. le professeur Ranvier nous a magistralement démontré les innombrables terminaisons nerveuses, soit dans les épithéliums des muqueuses, soit dans les muscles striés, nous

comprenons à merveille l'action du chloroforme agissant à l'état de vapeur anesthésique sur la surface interne éminemment nerveuse de l'estomac, puis, par voie réflexe sur l'appareil digestif dont il aide à rétablir les fonctions.

L'extrême rapidité avec laquelle le chloroforme respiré se vaporise fait qu'il pénètre dans toutes les anfractuosités des fosses nasales, de l'arrière-gorge, des plus fines ramifications bronchiques et qu'il se mêle à *haute pression* avec les sécrétions bronchiques dans lesquelles *il se dissout* et dans lesquelles aussi se rencontrent les *divers micro-organismes* qu'on trouve dans la pneumonie infectieuse, la bronchite catarrhale chronique, la bronchite tuberculeuse, la coqueluche, etc.

Cette remarquable propriété de volatilisation du chloroforme, qui le rend si actif, fait qu'après avoir subi des transformations thérapeutiques des plus remarquables dans l'organisme, après avoir été aussi absorbé par les veines, le chloroforme ne risque pas de s'accumuler en trop grande quantité et de devenir un moyen dangereux. Il est démontré que l'hydrogène sulfuré, poison violent quand il existe en certaine quantité dans l'atmosphère, peut, jusqu'à un certain point, être introduit dans les veines, parce qu'il s'échappe presque tout entier par l'exhalation pulmonaire (Cl. Bernard). Il en est de même du chloroforme.

#### NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT PERSISTANT DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Dans le choléra arrivé à une période avancée, comme dans la tuberculose pulmonaire, l'action seule du chloroforme ne suffit pas ; ce n'est pas assez de tuer le bacille du choléra pour empêcher un cholérique de mourir ; il faut, quand on a débarrassé le malade du bacille qui lui est si funeste, continuer de le soigner et tâcher de réparer, par la médication la mieux choisie et la mieux raisonnée, les désordres graves causés par l'infection cholérique.

Pour la tuberculose, la même nécessité s'impose ; il faut que la médication chloroformée soit associée discrètement au traitement *reconstituant* et absolument hygiénique continué jusqu'à la *suppression absolue* des accidents, sinon pas de résultats, pas plus que dans le choléra à une période déjà avancée, si les soins ne sont pas suffisamment prolongés.

Voici la formule dont je me sers habituellement dans le traitement de la bronchite tuberculeuse :

Créosote de hêtre.....	3	grammes.
Teinture alcoolique de quinquina...	30	—
Chloroforme pur.....	3	—
Vin de Malaga.....	300	—



A prendre une cuillère à dessert dans un demi verre d'eau, un peu avant les trois repas habituels, et le soir en se couchant, si la dose est insuffisante.

Ce traitement bien inoffensif est généralement bien acceptée ; par son action suffisamment puissante répétée, il exerce une influence des plus remarquables sur la guérison rapide de la bronchite tuberculeuse, quand celle-ci n'a pas encore exercé de ravages étendus dans l'appareil pulmonaire.

#### DES PULVÉRISATIONS D'EAU CHLOROFORMÉE.

Les pulvérisations d'eau chloroformée, qui ont suffi, en 1890, pour empêcher, dans une pension de Saint-Quentin, le développement de l'influenza qui sévissait dans tout le voisinage,—que j'ai aussi employées dernièrement avec un succès complet pour débarrasser *en trois jours* une de mes salles de chirurgie d'accidents d'influenza qui persistaient depuis quelques mois, me paraissent un moyen très efficace et absolument inoffensif pour empêcher autant que possible le développement des spores du bacille de Koch dans les appartements des tuberculeux.

Ma conviction est que ce mode d'administration du chloroforme est appelé à rendre de très grands services dans beaucoup d'épidémies dont le développement ne peut être entravé que par la stérilisation des locaux particuliers à chaque maladie.

#### DE L'EMPLOI DE L'EAU CHLOROFORMÉE DANS LES FOYERS TUBERCULEUX ET PURULENTS.

Les lavages à l'eau chloroformée des foyers tuberculeux largement ouverts m'ont donné des résultats excellents qui contrastent singulièrement avec l'ouverture des abcès froids qu'on redoutait tant autrefois.

Ce que je dis des foyers tuberculeux est absolument applicable à tous les foyers purulents et infectieux ; dans un cas de métrô-péritonite puerpérale extrêmement grave, j'ai vu les accidents les plus redoutables disparaître avec une rapidité surprenante, l'eau chloroformée largement employée intervenant comme auxiliaire principal du traitement indiqué.

La propriété extraordinaire de désinfection, sous différentes formes que présente le chloroforme, me paraît due à la grande richesse en chlore de la molécule du chloroforme ( $C^2 H Cl^3$ ), qui se décompose instantanément en présence des matières organiques *altérées* pour les *désinfecter*.

Je n'ai pas l'expérience de l'emploi du chloroforme pur dans les foyers ou les tissus tuberculeux ; mais son action est si énergique qu'il serait utile de voir ce qu'il peut donner.

Je suis très heureux de voir, dans ce même ordre d'idées, les succès très remarquables obtenus à l'aide de l'éther iodoformé injecté dans les foyers tuberculeux par notre éminent maître, M. le professeur Verneuil.

L'éther, comme anti-bacillaire, est bien regardé par les savants comme inférieur au chloroforme, mais, double de l'action de l'iodoforme, il se trouve avoir une puissance thérapeutique des plus remarquables et des plus inoffensives.

La rapidité d'action du chloroforme, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, à une période encore peu avancée, est telle que je me suis demandé parfois si je n'avais pas fait erreur de diagnostic.— Ma conviction est que l'action antibacillaire du chloroforme est aussi puissante dans le traitement de la tuberculose peu avancée que dans les cas de choléra qui n'ont *pas encore épuisé l'organisme*. Aussi ma communication, aujourd'hui, a-t-elle pour but d'appeler l'attention des savants amis du progrès et de leur demander le concours et leur expérience personnelle en même temps que leur contrôle le plus complet et le plus sérieux.

Je fais aussi appel à l'initiative de MM. les vétérinaires dans le traitement des affections épidémiques et contagieuses avec l'adjonction du chloroforme; leur concours sera des plus précieux pour arriver à la solution de ces différentes questions si délicates de formes et d'applications.

Si, comme j'ai lieu de l'espérer, les succès obtenus à l'aide du chloroforme se trouvent confirmés par une large expérimentation, ils seront dus en grande partie au maître dont la puissante et opiniâtre intelligence a poursuivi la réalisation de la doctrine bactériologique et aux collaborateurs distingués qui l'ont aidé dans la poursuite de cette idée féconde et grande d'avenir.

*L'Union Médicale.*

### **Pilocarpine dans l'épilepsie.**

M. Féré (*Soc. de biologie*, 14 mai 1892) a essayé, d'après des observations favorables qui avaient été rapportées au sujet du traitement de l'épilepsie par la pilocarpine, ce médicament sur un certain nombre de ses malades. Il n'a obtenu aucun résultat dans l'emploi du chlorhydrate de pilocarpine administré seul; l'usage de ce sel concurremment avec les bromures, dans le but de favoriser l'élimination du brome, n'a pas été plus heureux. Enfin, dans un cas, il y eut une répétition considérable des accès chez un sujet qui se trouvait avoir été très amendé. L'auteur conclut en conseillant de s'abstenir de formuler la pilocarpine chez les épileptiques.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### Strophantus contre le goitre.

Dans 5 cas de goîtres, S. T. Young-Lafayette a obtenu des succès avec le traitement par la teinture de strophantus. Il commence par prescrire la teinture à la dose de X gouttes par jour répétée 3 fois par jour ; petit à petit il augmente jusqu'à XVI gouttes, 3 fois par jour. Ordinairement le traitement demande 2 mois environ.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### Glycérine pour le traitement des plaies par brûlure.

J. P. Bienert, recommande vivement la glycérine contre les plaies par brûlures ou par l'eau ou autres liquides bouillants ; versée immédiatement sur les parties affectées ou employée en badigeonnages, elle soulage rapidement la douleur, et, à part une légère rougeur, il ne reste le lendemain, après une échaudure, ni vésicules, ni douleur ; s'agit-il d'une brûlure plus profonde, elle donne lieu à la production d'une croûte qui guérit en peu de temps. La glycérine serait supérieure à tous les autres remèdes usités dans ces cas.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### Sur l'usage des alcalins dans le prurit,

Dans 4 cas de prurit rebelle à tout traitement, Lange, ayant remarqué que les urines chez ces malades étaient chargées d'acide urique et d'urate, prescrivit l'emploi des alcalins, tels que bicarbonate de soude, carbonate de lithium, eaux alcalines. Les résultats obtenus furent excellents ; les symptômes morbides s'amendèrent peu de jours après l'institution du traitement ; en le continuant pendant quelques mois consécutifs, il réussit à guérir tous ces malades.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### Traitement du prurit anal;

(OHMANN-DUMENIL.)

Bichlorure de mercure.....	0 gr,03.
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	0 gr,12.
Acide phénique.....	4 grammes
Glycérine.....	60 —
Eau de roses.....	115 —

M. D. S.—A appliquer matin et soir sur la région anale.

La peau de la région anale est-elle très épaissie, on la badigeonnera *une seule fois* avec de la crésote. Ce badigeonnage est très douloureux mais la douleur disparaît en peu de temps. Outre le traitement local on ne négligera pas l'état général : on donnera l'arsenic, la strychnine, etc.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### **Sur l'action thérapeutique de l'eau chaude-**

Harley définit comme suit les indications de l'eau chaude : l'eau chaude, en application simultanée à la nuque et sur les pieds, fait disparaître rapidement les céphalées pas trop intenses. Appliquez sur la région épigastrique une serviette trempée dans l'eau chaude et rapidement tordue et les coliques s'en iront comme par enchantement. Les compresses à l'eau chaude coupent en peu de temps aux congestions pulmonaires, à l'angine et au rhumatisme. Les névralgies et le mal de dents sont considérablement soulagés par des applications locales d'une compresse à l'eau chaude. Dans le croup (surtout le faux croup) les enfants deviennent tranquilles dans 10-15 minutes dès que l'on entoure le cou d'un morceau de flanelle imbibée d'eau chaude. L'eau chaude, prise en grande quantité le soir une demi-heure avant de se coucher, agit comme un bon remède contre la constipation. Enfin, l'eau chaude associée à une diète convenable, rend des services signalés dans le traitement de diverses formes de dyspepsie.

*Les Nouveaux Remèdes*

### **Calomel contre l'inflammation des hémorroïdes.**

J. Brindley James recommande dans ces cas le calomel dont il applique une petite quantité sur les parties affectées : tous les symptômes morbides céderaient en peu de temps à ce traitement.

*Les Nouveaux Remèdes.*

### **Traitement de la pourriture d'hôpital par la résorcine**

M. HALLOPEAU a observé récemment, chez une jeune fille, un cas de pourriture d'hôpital, ayant succédé au développement d'ulcérations qui s'étaient produites sur la jambe droite, à la suite d'un érythème bulleux. Ces ulcérations avaient été, au début, traitées par un pansement phéniqué, sans aucune amélioration ; l'emploi du salol n'ayant également donné aucun résultat, il eut recours à la résorcine, en solution au 1/250<sup>e</sup>, et l'application de compresses imbibées de cette solution a amené très rapidement une modification complète des ulcérations qui, au bout de quelques jours, présentaient un aspect excellent et étaient entièrement couvertes de bourgeons charnus.

*Le Courrier Médical.*

### **Acide salicylique dans le traitement des affections parasitaires de la peau**

M. Hervouet entretient la Société de médecine de Nantes sur l'emploi de l'acide salicylique, dans les affections parasitaires de la peau.

Il y a deux ans environ, il eut l'occasion de voir un malade qui pré-

sentait des placards bruns foncés, à bords nets et surélevés, largement étendus sur les cuisses, le ventre et les aines, et qui produisaient une vive démangeaison : le diagnostic posé fut : eczéma marginé, affection attribuée au *microsporun minutissimum*, et d'une tenacité désespérante, comme toutes les affections parasitaires. Le traitement consista en l'emploi de l'acide salicylique et en deux ou trois semaines on vit l'éruption disparaître sans laisser de traces. Cet agent thérapeutique, ajoute M. Hervouet, a encore réussi dans les impétigos, dans l'acné si fréquente et si rebelle chez les jeunes femmes et les jeunes filles, surtout chez celles qui sont dilatées et constipées : dans les eczémas parasitaires, dans les affections de la barbe autre que le sycosis. Pour le tricophyton tonsurant, le pityriasis furfur, le pityriasis versicolor, il n'a pas été essayé, peut-être réussirait-il ? Chez les teigneux, on pourrait obtenir quelque chose, en faisant d'abord des scarifications, et en appliquant ensuite l'acide salicylique incorporé à la vaseline ou à la lanoline.

Ce procédé a été encore éprouvé sur une vieille femme, atteinte d'une affection analogue à celle du malade précité. Ici aussi on constata une amélioration rapide.

Cet acide agirait comme antiseptique, surtout contre les parasites élevés dans l'échelle des champignons.

*Le Courrier Médical.*

### **Traitement de l'érysipèle par la gomme arabique phéniquée**

M. NOLTE.—Le mucilage de gomme arabique employé renferme de 3 à 5 c/10 d'acide phénique ; il est étendu avec un pinceau deux fois par jour sur les parties atteintes : on laisse sécher. On a pour but de neutraliser sur place les cocci de l'érysipèle et de s'opposer à leur envahissement. L'auteur a beaucoup à se louer de ce procédé.

*Formulaire mensuel.*

---

## CHIRURGIE

---

### **Traitement de l'entorse par le salicylate de soude**

M. LABBÉE a eu, depuis quatre ans, l'occasion de soigner une dizaine de cas d'entorses de diverses articulations et accompagnées de douleurs extrêmement vives. Dans tous ces cas, il a employé comme analgésique, le salicylate de soude à la dose de 4 à 5 grammes par jour.

Quelques heures après l'administration du médicament, les douleurs cessent et on peut pratiquer des frictions et le massage.

En réponse à une demande de M. Sanné, M. Labbé dit que quelques-uns de ces malades seulement étaient arthritiques et chez tous le salicylate de soude a produit les plus heureux effets.

### **Coxalgie—Diagnostic et traitement**

Par M. le Dr de SAINT-GERMAIN, à l'Hôpital des Enfants Malades.

Je désire vous entretenir d'une question fort difficile de clinique courante, et que vous aurez cependant fréquemment à résoudre dans votre pratique journalière ; je veux parler de la question de savoir quel est le sort réservé à un enfant à propos duquel vous avez porté le diagnostic de coxalgie, et que vous avez traité par les méthodes classiques, immobilité, extension, etc.

Je ferai complètement abstraction, dans cette étude, de l'avenir des coxalgiques traités par la méthode Lannelongue. Je vous ai dit précédemment ce que je pensais de cette méthode et les espérances favorables qu'elle nous faisait entrevoir, mais malheureusement, de quelques années encore cette méthode n'aura pas dit son dernier mot ; dès lors, et jusqu'à nouvel ordre, c'est encore aux enseignements du passé que nous devons nous en tenir, lorsque nous serons interrogés par les familles, au sujet de l'avenir réservé à celui de leurs enfants que nous plaçons dans une gouttière, parce que nous avons reconnu chez lui, d'une façon non douteuse, une tumeur blanche de la hanche.

Une première question que vous aurez à résoudre, dans tous les cas, sera celle de savoir combien de temps l'enfant placé dans une gouttière devra rester dans cette situation si pénible pour lui et pour ceux qui sont obligés de lui donner des soins.

C'est là un des problèmes les plus embarrassants qu'un médecin puisse rencontrer dans sa carrière ; il est, en effet, pour le moins aussi difficile à résoudre que celui relatif à la suppression définitive de la canule après la trachéotomie, et ce n'est pas peu dire. C'est que la durée du séjour de l'enfant dans sa gouttière est des plus variables : j'ai vu des enfants rester six mois, d'autres un an, d'autres deux ou trois ans dans la gouttière, sans que rien n'ait pu me faire prévoir à l'avance celui pour lequel six mois de traitement seraient suffisants, celui pour lequel il faudrait trois ans.

C'est qu'en effet la guérison n'est pas seulement une question de temps, elle dépend avant tout de la gravité de la maladie, et lorsque celle-ci débute vous n'avez aucun élément d'appréciation qui puisse vous permettre de porter un pronostic exact. Ne vous prononcez.

donc jamais sur la question de durée, et dites qu'elle dépendra de l'indolence de l'articulation, et surtout de la formation ou de la non formation d'abcès.

En ce qui vous concerne, vous devrez considérer comme de bons signes le fait que l'enfant est plus gai, qu'il gambade dans le lit, qu'il aspire à sortir de sa prison et qu'il le demande avec instance. Ce sont là de bons signes.

Il en est de même de l'amélioration de l'état général ; mais je dois, à ce propos, faire des réserves, car j'estime que l'on ne doit pas attacher une trop grande importance à cet état général.

Je dois même, à ce propos, vous faire une remarque qui a son utilité pratique : presque toujours, dans votre clientèle, vous vous trouverez en présence d'un préjugé fortement enraciné dans l'esprit des parents ; c'est que la gouttière fait maigrir les enfants. Il n'en est rien cependant, et vous devrez combattre cette manière de voir. J'ai maintes fois constaté le contraire, et j'ai même vu se produire chez ces enfants une sorte d'obésité précoce.

Ce n'est là, d'ailleurs, en aucune façon, un signe de bon augure, et c'est surtout parce que j'ai envue cette obésité anormale, que je tiens à vous mettre en garde contre l'illusion que peut donner l'apparence d'un état général meilleur, et que je vous engage à vous attacher surtout au renseignement que vous fournira l'état local.

Quoi qu'il en soit de ces dernières réserves, si vous constatez les signes favorables dont je vous ai parlé, ils doivent vous donner bon espoir, et s'ils ne vous permettent pas de parler de guérison, ils vous autorise à retirer momentanément l'enfant de sa gouttière pour l'examiner à nouveau et rechercher ce que sont devenus les symptômes pathologiques qui vous ont permis de porter le diagnostic de coxalgie. Si la partie supérieure de la cuisse et de la hanche sont devenus indolentes, si l'extension est parfaite, vous pouvez essayer la suppression.

Mais surtout n'allez pas trop vite ! conservez encore quelques temps l'appareil pour la nuit et ne pratiquez l'essai loyal de la suppression que pendant la journée, en laissant cependant l'enfant dans son lit. C'est dans ce lit qu'il pourra s'exercer sans danger aux exercices de reptation, de station assise, en pivotant sur sa hanche saine, et faisant décrire à l'autre un cercle plus ou moins étendu. Cette éducation qui durera une quinzaine environ, sera toujours nécessaire avant les essais de marche.

Ces essais seront tentés d'abord avec des béquilles ou avec le charriot flammand, lequel a toutes mes sympathies, en raison de la sûreté de son emploi et de l'assurance parfaite contre les accidents, tels que chute, fracture, etc.

Si tout va bien, la canne est bientôt substituée aux béquilles et au chariot et le malade marche la jambe raide, puisque sa hanche est immobilisée, mais enfin il marche et c'est là l'important pour le moment.

C'est ainsi que les choses se passent lorsqu'il n'y pas de complications. Malheureusement, celles-ci sont fort à craindre et il faut bien savoir qu'elles se produisent dans la plupart des cas.

La plus fréquente de ces complications est la formation d'abcès. Ces abcès constituent l'un des impédiments les plus graves de la coxalgie. Lorsqu'ils se produisent, les parents vous l'annoncent en disant que la cuisse grossit en dedans ou en dehors ; plus tard, la peau rougit et la fluctuation apparaît.

Ces abcès qui sont péri-articulaires ou qui communiquent avec l'intérieur de l'articulation, nécessitent une ouverture large, mais il faut la pratiquer le plus tard possible, parce que la fistule qui suit cette ouverture retarde considérablement la guérison, ne fut ce qu'en raison des mouvements imprimés au moment des pansements, et de l'impossibilité d'obtenir une contention exacte.

Une autre complication moins fréquente, mais des plus fâcheuses, c'est la luxation ; elle est due le plus souvent à une contention et surtout à une extension défectueuse. Elle n'est pas absolument irrémédiable ; je me souviens, il y a quelques dix ans, en avoir réduit une sous le chloroforme, par la méthode de Desprès, et la réduction a pu être maintenue réduite, grâce à des soins méticuleux d'extension et de contention qui furent donnés. Rappelez-vous ce cas pour ne pas désespérer de semblables luxations, mais n'oubliez pas que l'espoir d'une guérison avec l'os en place est un espoir bien illusoire.

Jusqu'à présent, je ne vous ai parlé que des coxalgies simples ou compliquées qui guérissaient ; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, un grand nombre de ces malades succombent à des manifestations tuberculeuses, soit du côté des poumons, soit du côté de l'encéphale.

La quantité d'enfants coxalgiques qui meurent de méningite tuberculeuse est considérable, beaucoup plus considérable qu'on ne pourrait le croire, et, chose bizarre c'est le plus souvent au moment où ces enfants paraissent guéris que cette méningite éclate. Dans la clientèle, où on peut suivre longtemps les malades, cette complication m'a paru éclater souvent au moment où l'on allait sortir l'enfant de sa gouttière et où la marche allait être permise. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance pratique de la connaissance d'un pareil fait clinique.

Une autre cause de mort, c'est l'abondance de la suppuration. Au lieu d'un ou deux abcès, il s'en forme une série qui, restant fistuleux,



transforment la région de la hanche en une véritable pomme d'arrosoir par laquelle s'échappent des ilots de pus. Cette suppuration épuise l'enfant qui cesse de manger ou a peu près, qui est pris de fièvre, et qui finalement succombe dans le marasme.

C'est lorsqu'il prévoit une pareille complication que le chirurgien est autorisé à pratiquer les opérations les plus hardies, et que la résection de la hanche est indiquée. Sachez toutefois que, dans ces cas, il ne saurait être question de la résection classique. On incise au voisinage du grand trochanter, et c'est morceau par morceau qu'on enlève les parties malades.

Tout ce que je viens de vous dire s'applique à l'enfant en puissance de coxalgie ; je vais examiner maintenant avec vous ce que devient cet enfant lorsqu'après avoir échappé à toutes ces complications il reprend la vie sociale, il est ce que nous pouvons appeler guéri, bien que, comme vous allez le voir, il est bien souvent loin d'être dans un état normal.

Dans les cas graves, lorsqu'il s'agit des adultes que j'appelle les malheureux de la coxalgie, que l'incurie, l'insouciance, compagne de la misère, a laissé livrés à eux-mêmes, la situation est lamentable. Il suffit d'avoir passé quelques temps au bureau central pour avoir vu défiler devant soi des centaines de coxalgiques adultes, avec des raccourcissements de trente à quarante centimètres et la cuisse présentant des malformations les plus bizarres : la cuisse est dans un état de flexion et d'adduction plus ou moins complète, la tête fémorale, en général luxée, fait une forte saillie sous les teguments et les traces de nombreux abcès cicatrisés sillonnent la fesse ; la jambe et le pied atrophies à leur tour, ont à peine la force de soutenir le tronc.

On pourrait croire que de pareilles infirmités condamnent à une impotence à peu près absolue, et quand, pour la première fois, vous voyez ces malheureux vous réclamer une bottine surélevée, vous vous demandez si en la leur accordant ce n'est pas en quelque sorte offrir des lunettes à un aveugle. Il n'en est rien cependant. Ces infirmes, bien souvent n'ont pas besoin de béquilles et avec des talons élevés, ils arrivent quelquefois à faire des prodiges au point de vue de la marche. Aussi restent-ils sourds le plus souvent aux conseils, aux objurgations qui leur sont faites pour traiter leur difformité par une opération telle qu'une résection sus ou sous-trochantérienne. Et cependant les rares tentatives faites dans ce sens donnent souvent d'excellents résultats.

Les heureux de la coxalgie sont-ils pour cela vraiment heureux, et les malades guéris dans la rectitude, mais avec ankylose, sont-ils appelés à vivre de la vie commune ? c'est ce que nous allons examiner.

Sans doute, en apparence, l'honneur est sauf. La marche est raide, mais correcte, et je connais quelques virtuoses du genre qui à l'occasion esquisaient quelques pas chorégraphiques discrets et peu prolongés. Mais que de desiderata au point de vue de la vie réelle ! L'fatigue rapide, impossibilité de monter à cheval, de s'asseoir carrément, c'est-à-dire sans allongement préalable du membre ankylosé. Difficulté extrême de s'introduire dans une voiture, telle qu'un coupe ou un fiacre. Réforme absolue tant pour les écoles du gouvernement que pour le service militaire. Voilà pour les hommes.

Quant au sexe faible, si la réforme du service militaire lui est épargné, il faut convenir qu'une bien triste compensation leur est réservée pour ce qui touche les rapports sexuels et la maternité.

Que de fois n'ai-je point été consulté à ce sujet ? La'n dernier encore, une jeune fille de province, guérie d'une coxalgie, vint me consulter au sujet d'un projet de mariage et de l'opportunité d'y donner suite. Je me convainquis bientôt qu'en raison de l'adduction forcée de la jambe autrefois malade, bien que par des efforts de volonté et de coquetterie, la jeune fille, lorsqu'elle était vêtue, eut une tournure passable, la copulation serait un problème à peu près insoluble. Je lui fis part de mes craintes, et comme elle se refusait à tout traitement chirurgical, elle résolut de se marier quand même. Ainsi que je le prévoyais, le malheureux mari s'évertua sans résultat, et demanda le divorce qu'il obtint. Il l'obtint même en Cour de Rome.

Il y a cependant dans ces cas, quelque chose à faire, et, déjà en 1870, je me souviens d'avoir fait avec Vincent Duval une opération que j'ai répétée plusieurs fois depuis avec des résultats variables : L'écartement forcé des cuisses par la section préalable des adducteurs et la rupture des adhérences quelquefois énormes des stalactites osseuses qui maintenaient l'ankylose en place. Le col du fémur a même une fois cédé et permis à la malade une abduction suffisante pour que le coït put s'exercer.

Chose bizarre, et que j'ai déjà signalée. Dans les cas de coxalgie guérie vicieusement, c'est-à-dire avec flexion de la cuisse sur le bassin, la copulation pratiquée *a posteriori* ou *more canino* avait été plusieurs fois suivi de grossesse et dans aucun cas je n'ai observé la moindre difficulté dans l'accouchement. Cette observation a été plusieurs fois faite alors que j'étais chirurgien-adjoint de la Maternité et que j'étais chargé du pavillon de Cochin.

On le voit par ce tableau peu rassurant, le sort des coxalgiques, même guéris, n'a rien d'enviable. Aussi ne saurait-on trop encourager les tentatives qui seraient dirigées dans le sens de la guérison de cette arthropathie sans ankylose. C'est dans ce but que je me suis attaché

—ainsi que je vous l'ai dit dans une précédente leçon—à poursuivre la méthode dite sclérogène de Lannelongue, par le chlorure de zinc. L'objectif est assez enviable pour qu'il mérite tous nos efforts.

(*Bulletin médical.*)

---

## GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

---

### **L'hydrastis canadensis comme remède contre les vomissements de la grossesse**

Dans quatre cas successifs de vomissements dits incôercibles de la grossesse, un gynécologiste russe, M. le docteur P. Fedorow (de Kar-kow), a obtenu un succès rapide et complet par l'administration de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 gouttes répétée quatre fois par jour. Le médicament agirait, d'après notre confrère, en abaissant la pression sanguine, en décongestionnant l'utérus et en calmant l'hyperexcitation des centres vaso-moteurs du tube gastro intestinal.—(*Gazette de Gynécologie.*)

### **Dystocie par atresie cicatricielle complète du vagin**

M. le docteur E. Galois rapporte, dans le *Dauphiné médical*, un cas relatif à une malade ayant accouché une première fois sans difficulté et qui, arrivée au terme d'une seconde grossesse, était depuis trois jours en travail sans que l'accouchement se fit, quand elle entra à l'hôpital. L'examen permit de constater alors que l'obstacle résidait dans une imperforation complète du vagin, à une profondeur de cinq centimètres environ, à travers une cloison transversale épaisse, d'origine évidemment cicatricielle, on sentait vaguement la tête immobilisée dans l'excavation.

Après les précautions antiseptiques, une incision de deux centimètres environ fut faite sur la cicatrice, et on parvint jusqu'à la poche des eaux, qui se rompit. Cependant, le travail paraissant arrêté, M. Galois eut recours au ballon de Champetier de Ribes qui fut introduit directement, *en chiffon* et sans pince, dans la cavité constituée à la fois par le canal cervical et le fond du vagin. Le ballon, une fois rempli, pour obtenir la dilatation des parties, des tractions furent exercées, lui firent franchir la vulve, et le fœtus put être extrait avec le forceps. Il n'y eut pas de suite fâcheuse et il n'a pas semblé que la cicatrice dût se refermer complètement.

Les cas publiés d'atresie totale du vagin ne sont pas très nombreux

et se rapportent le plus habituellement à des imperforations congénitales de l'hymen.

D'après Spiegelberg, les atresies accidentelles complètes sont dues habituellement à des traumatismes, mais elles pourraient aussi reconnaître pour cause des maladies infectieuses aiguës, telles que la diphtérie, la variole, la syphilis. Spiegelberg reconnaît toutefois que ces atresies, de cause pathologique, ne sont ordinairement que partielles.

Dans ce cas, l'oblitération était due à des injections vaginales d'ammoniac au début de la grossesse, et c'est souvent ce qui s'est produit dans les observations citées où, comme dans le cas de Lombard, une femme s'était fait, dans le but de provoquer l'avortement, une injection vaginale avec un demi-litre d'acide sulfurique.

Assez souvent aussi, c'est à la suite d'un premier accouchement laborieux que s'est produite l'atresie.

Il est remarquable que la plupart des cas connus se soient terminés assez heureusement, grâce à la persistance d'un ou plusieurs pertuis qui se sont spontanément dilatés sous l'influence du travail, où qu'il a été facile d'agrandir par dilatation mécanique, avec ou sans débride-ments.

La conduite à tenir varie avec les circonstances ; il est des cas où l'opération césarienne pourrait être nécessaire. Il paraît cependant préférable d'agir par les voies naturelles. Dans le cas particulier de M. Gallois, l'emploi du ballon de Champetier de Ribes a été fort utile, non seulement comme instrument de dilatation, mais encore comme moyen hémostatique provisoire. Sa solidité a permis des tractions nécessaires en l'absence de toute contraction utérine, et la dilatation utéro-vaginale artificielle a pu être réalisée ainsi avec le minimum possible de dégâts.

*(Le Courrier Médical.)*

---

## PÆDIATRIE.

---

### **Contre-indications et indications des bains de mer chez les enfants.**

M. JULES SIMON.—Les bains de mer, qui produisent des effets remarquables chez certains enfants, sont très nuisibles chez d'autres, chez les rhumatisants et les nerveux, par exemple. On ne fait pas en général cette distinction et c'est le plus souvent à tort et à travers qu'on envoie les enfants à la mer. Il y a cependant de formelles contre-indications

aux bains de mer ; il est important de les connaître si on veut s'éviter des mécomptes.

L'eau de mer a une température uniforme qui varie entre 15 à 20 degrés ; elle contient 29 grammes de chlorure de sodium par litre avec une certaine quantité de brome, d'iode, de varechs et différentes matières organiques.

Le bain de mer est pris froid presque toujours ; on peut cependant le donner chaud ; il est possible aussi de se contenter de douches ou de simples lavages.

Le bain froid a une action facile à comprendre ; il produit, tout d'abord, au moment où on entre dans la mer, un saisissement plus ou moins marqué ; la peau pâlit. Cette anémie momentanée des téguments s'accompagne d'une activité circulatoire plus grande vers les centres. Le cœur a à lutter contre cette augmentation de pression, il ralentit ses battements. Dans la petite circulation, l'augmentation de la pression sanguine se fait sentir ; il y a une surcharge veineuse dans les poumons ; d'où une dyspnée momentanée, parfois très vive.

Au bout d'une minute, une réaction se produit. La peau rougit, la respiration un peu gênée redevient normale et l'enfant éprouve un bien être complet dans le bain. Il y a cependant certains enfants qui ne font pas cette réaction ; ils restent cyanosés et grelottent pendant toute la durée du bain. Il y a chez eux une contre-indication absolue.

Le bain de mer a pour effet une excitation des systèmes circulatoire, lymphatique nerveux ; il stimule le tube digestif. Rien d'étonnant alors à ce qu'il produise un peu de courbature, quelques maux de tête, une augmentation d'appétit avec de la constipation, une irritation cutanée enfin.

Telle est l'action du bain de mer froid. Avant de chercher les cas—tout le monde les connaît—dans lesquels il est indiqué, il importe d'en établir les contre-indications.

Tout d'abord, il ne faut pas donner de bains de mer froids aux enfants au-dessous de deux ans. Il y a des exceptions. à coup sûr, mais, en général, ils sont très mal impressionnés par l'eau froide et, comme les personnes âgées, ils ne réagissent pas.

Le bain de mer est contre-indiqué chez les enfants nerveux, appartenant à cette catégorie que M. le Dr Jules Simon appelle les irrités, chez ces enfants qui sont sans cesse en excitation, chez lesquels l'intelligence est continuellement en éveil, la sensibilité exquise et le sommeil léger. Le bain de mer augmente chez eux l'excitation, il supprime leur sommeil et les rend absolument insupportables.

On les voit tomber dans des colères et des convulsions fréquentes,

et, dit M. Jules Simon, "j'en ai vu quelques-uns paraître s'avancer plus rapidement vers la méningite sous cette influence."

Les épileptiques, les hystériques, les choréiques, sont également très mal influencés par les bains de mer. On voit chez eux revenir des crises qui disparaissent dès qu'on les éloigne du bord de la mer.

Les enfants atteints de sclérose cérébrale, de paralysies se trouvent très mal du séjour au bord de la mer, alors même qu'ils ne prennent pas de bains. L'air maritime qu'ils respirent est suffisant à produire chez eux des phénomènes d'excitation cérébrale et médullaire qui amène une aggravation des lésions existantes.

Les rhumatisants, avec ou sans lésions cardiaques, les enfants sujets aux torticolis ou bien à ces douleurs vagues dites de croissance qui ne sont pas autre chose que des périostites, des synovites rhumatismales, ne doivent pas être conduits au bord de la mer.

Les ophtalmies aiguës et chroniques, les maladies des oreilles, toutes les affections de la peau (eczémas, lichens, etc...) sont une contre-indication aux bains de mer. De même encore, la tuberculose pulmonaire en évolution, l'emphysème, les bronchites chroniques, le mal de Bright, la néphrite chez les tuberculeux, enfin toutes les affections douloureuses du bassin.

Il y a donc, comme on le voit, de nombreuses contre-indications aux bains de mer. Ceux-ci restent indiqués chez les enfants atteints de certaines formes de tubercules. Les adénopathies tuberculeuses, suppurées ou non, sont généralement avantageusement modifiées par le séjour au bord de la mer. Les adénopathies trachéo-bronchiques sont peut être moins améliorées que par le séjour à certaines stations.

Les périostites avec ou sans suppuration, les ostéites, les arthrites tuberculeuses se trouvent très bien d'un séjour au bord de la mer, mais à condition que les articulations malades ne soient plus chaudes, que les enfants puissent marcher avec des béquilles. S'ils sont incapables de se tenir debout, ils sont exposés à tomber continuellement et ils reviennent plus malades qu'avant le départ. Il faut donc, si on veut éviter une rechute, surveiller attentivement les coxalgies, les tumeurs blanches du genou, les articulations tibio-tarsiennes. L'inconvénient de la chute n'existant pas chez les enfants atteints d'une arthrite des membres supérieurs, il est possible de les envoyer au bord de la mer alors même que leurs articulations malades sont encore chaudes.

Il faut permettre le séjour maritime aux enfants atteints de mal de Pott, à condition que les petits malades restent couchés, qu'ils demeurent immobiles. Si on les laisse se lever et jouer, il y aura une aggravation de la maladie et des phénomènes paralytiques apparaîtront. Pour les tuberculoses cutanées, l'indication d'une saison aux bains de

mer est moindre, parce qu'il y a à craindre l'apparition de lésions eczémateuses autour des altérations tuberculeuses.

L'indication est absolue chez les rachitiques, qui se trouvent merveilleusement au bord de la mer.

Il est encore rationnel d'envoyer sur les plages les enfants convalescents de maladies graves, les anémiques, les chlorotiques, à condition toutefois qu'ils ne soient pas convalescents d'une scarlatine, d'une rougeole ou d'une diphtérie récente. C'est qu'en effet, chez les scarlatineux, il y a craindre un refroidissement qui provoque ou qui réveille une néphrite dont les suites peuvent être mortelles. Chez les rubéoleux, chez les diphtéritiques, surtout chez ceux qui ont été opérés du croup, il existe une susceptibilité pulmonaire telle que l'action irritante de la brise maritime est capable de produire des trachéo-bronchites graves et même mortelles.

Telles sont les contre-indications et les indications des bains de mer. Enverra-t-on indifféremment les enfants sur n'importe quelle plage ? Toutes n'ont pas les mêmes propriétés. Les plages du Nord jusqu'au Havre sont très excitantes. Elles conviennent aux torpides, aux enfants bouffis de lymphé. Au dessous du Havre, jusqu'à Saint-Malo, elles sont moins excitantes. Les plages de l'Océan sont plus douces encore parce qu'il y fait plus chaud. Enfin les plages de Midi (Arcachon, Biarritz) sont les moins excitantes.

Quand on aura décidé l'envoi d'un enfant à tel ou tel endroit, il faudra faire aux parents quelques recommandations. L'enfant devra rester cinq ou six jours avant de commencer les bains ; cet acclimatation est nécessaire. Le premier bain, très court, ne devra durer que quelques secondes. Le lendemain, l'enfant ne prendra pas de bain ; le surlendemain il restera dans l'eau un peu plus longtemps et ainsi de suite. Même lorsque l'accoutumance aura été produite, les bains n'auront pas une durée de plus de cinq à six minutes. Si la réaction ne se fait pas pendant ou après le bain, ou si l'excitation est trop grande, il faudra cesser les bains froids et donner des bains de mer tièdes.

Au bout de trois semaines, il convient de suspendre les bains et si le séjour au bord de la mer se prolonge, il ne conviendra de les recommencer qu'après un repos de quelques jours.

Il ne faut pas oublier de prévenir la famille que les enfants ont souvent des maux de tête, de la constipation avec embarras gastrique bilieux, toutes manifestations qui ne deviennent une contre indication des bains que si elles sont persistantes ou si elles se renouvellent.

*(Bulletin médical.)*

## DERMATOLOGIE.

### Les diabétiques génitales.

Messieurs,

Un de nos plus grands maîtres, Lasègue, a dit : " Chose singulière, rarement les médecins ordinaires découvrent le diabète. Le plus souvent, il est dépisté par un spécialiste avisé, à propos d'un symptôme spécial. Le malade va consulter un ophtalmologiste à propos d'une amblyopie commençante, un neurologue pour des névralgies plus ou moins pénibles, un dentiste pour une gingivite expulsive, un dermatologiste pour un eczéma génital, des furoncles ou des anthrax, ou bien encore un syphiliographe pour une balano posthite ou un phimosis que les malades regardent comme des accidents vénériens. Très fréquemment, ici, nous découvrons des diabétiques, les malades venant simplement nous voir avec des accidents cutanés pseudo-vénériens

Actuellement nous avons, dans le service, une malade couchée au n° 4 de notre salle des femmes, âgée de 40 ans et diabétique. Cette personne, très obèse, présentait facilement des irritations cutanées au niveau des plis et avait de l'intertrigo érosif; c'est ce qu'elle appelait des échauffures à la peau. Récemment elle s'écorcha à la cuisse, et cette écorchure ne guérissant pas, elle l'a traitée par des pommades diverses, des lotions phéniquées, etc. Un beau jour, l'ulcération s'enflamma et il se produisit une plaque de sphacèle. Or, en face d'un sphacèle cutané semblable, survenant sans cause apparente chez une femme d'âge moyen et obèse, on peut hardiment affirmer le diabète.

Nous avons encore, dans nos salles, une femme atteinte d'une affection eczémateuse vulvaire et périvulvaire; un eczéma chronique ainsi localisé permet aussi d'affirmer le diabète.

On peut appeler diabétides les manifestations génitales du diabète avec autant de raison qu'on dit scrofulides et syphilides. Ce mot a l'avantage de désigner l'affection qui est l'origine de la lésion.

La peau dans le diabète présente, comme on le sait, des lésions de différents genres. On observe le prurit, l'érythème, l'eczéma, le prurigo, le zona, les furoncles, la gangrène, etc. Ce que le diabète peut faire partout, il le fait surtout sur les organes génitaux; cette localisation est due à l'état glycémique du sang et au contact de l'urine chargée de sucre avec le tégument. Le méat urinaire et toutes les régions qui l'entourent sont, en effet, facilement souillés. Si le prépuce est long, il y séjourne facilement de l'urine et quelques gouttes de liquide tombent sur le scrotum. Chez la femme, le tubercule du vagin



et les parties voisines sont fréquemment mouillées. Or le sucre est extrêmement irritant pour les tissus et les ouvriers des raffineries sont fréquemment atteints d'érythèmes, d'excoriations, d'eczémas, de pustulations.

L'action nocive du sucre est due à la fermentation et à la présence de végétaux parasitaires. Au contact des tissus, le sucre subit la fermentation lactique pour les uns, acétique pour les autres ; ce qu'il y a de sûr, c'est que son acescence est très irritante. Il se produit une véritable végétation cryptogamique, vue pour la première fois par Friedrich. Au niveau de la rainure glando-préputiale, dans certains départements de la vulve, on aperçoit des sortes de croûtes blanchâtres ressemblant à du smegma, sorte d'enduit disposé par îlots. Chez la femme, les traînées blanchâtres existent surtout dans le sillon qui sépare la grande lèvre de la petite lèvre. Ainsi que l'a vu Balzer, ces dépôts sont formés par des spores arrondies ou ovalaires, contenant un petit noyau ; il y a de plus, un mycélium formé par de longues tiges enchevêtrées, quelquefois articulées ; certains tubes sont surmontés par une spore. Pour les uns, ce parasite est le saccharomyce cerevisiæ ; pour les autres, il se rapproche davantage du champignon du muguet.

Le premier symptôme des diabétides génitales est le prurit qui sert souvent à déceler la maladie. Chez l'homme, il y a souvent des démangeaisons à l'extrémité de la verge, sur le méat, autour du prépuce. Cette démangeaison offre trois degrés : elle est faible, moyenne ou atroce. La faible, c'est une simple incommodité. Moyenne, c'est une souffrance ; le malade est forcé de se gratter et le grattage est suivi d'une recrudescence ; cette forme est la plus commune. Le troisième degré est exceptionnel ; le patient ne peut alors résister à ses démangeaisons et le grattage ne lui procure qu'un soulagement très provisoire, suivi immédiatement d'une augmentation des souffrances. Un de mes malades, homme de 45 ans, avait un prurit génital continu exacerbant qui lui avait fait croire plusieurs fois qu'il était atteint de pediculi pubis. Il était désespéré parce que son entourage immédiat se moquait de lui, que, quand il sortait, il était forcé à chaque instant d'entrer dans les urinoirs pour se gratter, et qu'enfin la vie mondaine lui était devenue impossible. Ce malade était un diabétique inconscient.

Chez la femme, les souffrances sont plus grandes à cause de l'étendue plus considérable de la surface atteinte et du tempérament nerveux. Les démangeaisons occupent la vulve et quelquefois elles remontent dans le vagin ; les malades se plaignent de sensations de brûlure, de de chaleur, d'ardeur, elles ont souvent des fourmillements qui sont

insupportables ; les démangeaisons sont continues, avec des paroxysmes, des sortes de rage. Ce prurit génital offre deux particularités ; il ne s'accompagne d'aucune lésion et il n'y a pas de symptôme du diabète. En effet, en examinant la région, on ne voit qu'un peu de rougeur due au grattage, et il n'y a pas d'eczéma ; la vulve semble saine. La règle est qu'il n'y a pas de symptôme de diabète et que ce dernier doit être recherché ; Trousseau avait déjà fait cette remarque dans ses cliniques.

Occupons-nous, maintenant, des modalités diverses que peuvent revêtir les diabétides génitales. Les lésions peuvent être de deux sortes : érythème, eczéma.

L'érythème est le premier phénomène ; la vulve et les parties voisines présentent une rougeur surtout accentuée au niveau des plis et dans les lieux d'élection des organismes parasitaires.

L'eczéma est aigu ou chronique. L'eczéma aigu est caractérisé par une rougeur presque phlegmoneuse de la vulve ; il y a une turgescence générale, les grandes et les petites lèvres sont tuméfiées et œdémateuses. Le suintement est séreux ou séro-purulent ; toute la région est endolorie et les mouvements sont gênés. De plus, les démangeaisons sont vives et continues, le sentiment de brûlure très accentué. Quelquefois, la lésion s'étend presque sur le mont de Vénus. Il y a quelques années, j'ai été consulté par une dame de 45 ans, bien portante habituellement et obèse, qui croyait que son mari lui avait communiqué une affection vénérienne ; elle se plaignait de démangeaisons terribles au niveau de la vulve et présentait un eczéma de la région. Je diagnostiquai le diabète et une analyse montra qu'il y avait 98 grammes de sucre par litre. Étonnée des résultats de mon examen, cette dame se soumit au traitement diététique habituel et son état s'améliora beaucoup.

Dans ce cas, c'est l'eczéma qui a fait reconnaître le diabète ; ce n'est pas là un fait rare et vous devez bien vous souvenir de ces cas si communs de diabète larvé. Trousseau connaissait bien ces faits et a dit ; " Lorsqu'il vous arrivera d'être consulté par des malades, par des femmes commençant à avancer en âge, qui se plaindront de démangeaisons vives de la vulve ou de son pourtour ; lorsqu'en examinant ces régions vous constaterez l'existence d'un eczéma, et que cet eczéma, survenu en dehors des époques menstruelles, indépendamment de tout écoulement leucorrhéique, occasionnera des douleurs telles qu'elles entraîneront la perte du sommeil, votre idée devra se porter vers la glycosurie."

L'eczéma vulvaire diabétique offre deux particularité d'évolution spéciales. En premier lieu, c'est un accident essentiellement rebelle,

en second lieu essentiellement récidivant. L'hygiène et le traitement local améliorent bien la lésion, mais elle ne guérit que si on traite le diabète lui-même. La récurrence s'observe très fréquemment. La personne dont je vous parlais tout à l'heure, une fois guérie de son eczéma, abandonna son régime qui l'ennuyait, et immédiatement elle fut reprise de ses accidents. On doit donc insister beaucoup auprès des malades, afin qu'ils suivent très exactement la diète qui leur est prescrite.

La forme chronique de l'eczéma vulvaire est plus intéressante. La lésion peut n'occuper que la vulve et les parties voisines, mais très souvent aussi elle se développe sur les cuisses, sur les fesses et l'abdomen. Objectivement, c'est l'eczéma vulgaire. La peau est rouge, mais cette rougeur diffère de celle de l'eczéma aigu en ce qu'elle est plus sombre, brune, presque livide. La surface est à la fois sécrétante et desquamante ; il y a du suintement dans les plis et de la desquamation sur les parties plates ; elle est plus ou moins intense et blanchâtre. Les démangeaisons sont très violentes, continues, avec exacerbations, et les malades se livrent souvent à un grattage frénétique. Le sommeil devient difficile, il y a un énervement considérable, de la perte de l'appétit et une altération de la nutrition générale.

L'eczéma chronique offre quatre particularités notables. En premier lieu, il se développe un état lichénoïde de la peau tout spécial ; les tissus sont épaissis. Les téguments ne peuvent plus se plisser et ils sont comme infiltrés.

Il y a ensuite une vulvite hyperplasique ; les grandes lèvres sont gonflées, tuméfiées, turgescents, quelquefois doublées, triplées de volume, les petites lèvres sont très épaissies et ont un demi-centimètre et même un centimètre d'épaisseur.

On doit encore noter la possibilité d'une vaginite antérieure. Lorsqu'on veut introduire le spéculum, l'entrée de l'instrument est rendue difficile par l'infiltration et le gonflement. On voit alors souvent que le vagin est rouge vineux, mais que cette rougeur s'arrête à quelques centimètres de profondeur. Quelques auteurs ont dit que cette vaginite pouvait atteindre le col ; pour ma part, je ne l'ai pas observée.

Enfin, l'enduit parasite est très développé dans l'eczéma chronique et occupe les lieux d'élection que nous avons déjà signalés.

L'eczéma chronique peut être primitif ou secondaire. Primitif, il se développe d'emblée lentement, et c'est la forme que l'on rencontre le plus souvent. Secondaire, il succède à la forme aiguë, ce qui est une éventualité assez rare. Une fois établi, l'eczéma persisterait sans doute indéfiniment s'il n'était pas traité, tandis que, si le malade est traité convenablement, il s'améliore bientôt et guérit. L'amendement est très rapide, mais la guérison beaucoup plus longue à obtenir.

Les indications du traitement sont au nombre de deux. Il faut d'abord traiter le diabète par le régime, les alcalins, l'exercice, puis s'adresser à la lésion locale. Contre cette dernière, on recourra aux bains, aux lotions, aux injections vaginales alcalines. Le caleçon de caoutchouc est extrêmement utile ; il en est de même des pommades à l'oxyde du zinc, au bismuth et des grandes aspersiones à l'aide des poudres inertes telles que celle de talc. Ici, nous nous servons avec avantage de l'acide chrysophanique en badigeonnages que nous employons sous la forme suivante :

Chloroforme .....	100 grammes.
Gutta percha.....	} àà 10 —
Chrysarobine du commerce...	

Messieurs,

Nous allons nous occuper aujourd'hui des diabétides génitales de l'homme. On trouve, chez lui, les mêmes lésions érythémateuses et eczémateuses que chez la femme, mais elle revêtent une physionomie différente.

Les diabétides se développent sur le gland et sur le prépuce.

Sur le gland, on peut en distinguer trois variétés principales. La lésion la plus précoce est une rougeur érythémateuse autour du méat ; plus tard, cette rougeur s'étend et gagne les parties plus élevées de l'organe.

Bientôt survient une diabétide que l'on peut appeler herpétiforme ; ce sont de petites érosions rappelant l'aspect d'une vésicule d'herpès crevée et grosses comme tête d'épingle ou une lentille, arrondies, ovale ou irrégulières. Souvent, le médecin se croit en présence d'un herpès, mais il n'a jamais de vésicule.

J'attire votre attention sur la troisième espèce de lésion, sur l'eczéma craquelé diabétique. Sur une rougeur un peu sombre, il y a un état desquamatif de l'épithélium en forme de mosaïque. L'épithélium, soulevé, est blanchâtre ou grisâtre. Au niveau des gerçures, on voit des espèces de petits sillons érosifs entre la mosaïque, ce sont des fentes, des éraillures de la surface.

Le malade se plaint de démangeaisons, de prurit, et présente des lésions de grattage comme dans l'eczéma vulgaire.

Très fréquemment, au niveau de la rainure perputiale, on constate le dépôt de parasites dont je vous ai déjà parlé.

Sur le prépuce, il se développe une posthite érythémateuse et eczémateuse, et la rougeur est plus ou moins marquée. Dans des cas plus accentués, à la rougeur se joint une légère desquamation ; il y a des squames, des exulcérations, des exfoliations épithé-

liales. Bientôt apparaît un phénomène nouveau. Il se fait une série de fissures, d'excoriations, de gerçures linéaires au niveau de l'orifice inférieur. Comme il y a des alternatives de dilatation et de resserrement, par suite des fonctions de l'organe, il se produit des crevasses et le tout finit par aboutir au phimosis diabétique.

Le balanoposthite érythémateuse et eczémateuse est très fréquente, et cette double altération du prépuce et du gland doit être considérée comme un phénomène révélateur du diabète. Tous les médecins qui s'occupent des affections vénériennes ont été consultés fréquemment par des diabétiques inquiets, mais ignorant la véritable nature de leur mal.

L'eczéma isolé du gland est une grande rareté en dehors du diabète ; ici, où il vient tant de malades eczémateux, c'est à peine si on en voit un cas tous les quatre ou cinq ans.

Cet eczéma si spécial peut se montrer chez des diabétiques qui connaissent leur diabète. Mais il se voit aussi chez ceux qui l'ignorent, et je vais vous citer un exemple de ce fait. Il y a quelques années, j'étais consulté par un homme de 48 ans, gros, gras, obèse et paraissant être en excellente santé. Ce malade présentait une affection du prépuce qu'il attribuait aux fleurs blanches de sa femme. C'était la balanoposthite eczémateuse que je viens de vous décrire. Le malade répondit à mon interrogatoire qu'à la vérité il mangeait et buvait beaucoup, mais qu'il était sûr de ne pas être diabétique. Sur mon conseil, une analyse d'urine fut faite et on trouva 74 grammes de sucre par litre.

Chez les gens du monde, qui sont propres et se soignent, la balanoposthite disparaît rapidement. Dans le cas contraire, elle ne peut exister longtemps sans entraîner la production du phimosis, véritable infirmité. C'est l'accident génital typique du diabète chez l'homme. Trois phénomènes morbides principaux le constituent : l'épaississement progressif des téguments ; la perte de l'élasticité de l'organe l'atrésie de l'anneau.

L'épaississement croissant du prépuce résulte de l'irritation à laquelle il est soumis ; il s'infiltré, devient dur et coriace, double et triple d'épaisseur.

La perte d'élasticité gêne beaucoup les fonctions de l'organe. A l'état normal, le prépuce recouvre plus ou moins le gland et peut se retirer complètement en arrière au moment de l'érection. S'il s'infiltré, s'il durcit, ces mouvements lui deviennent impossibles. L'atrésie de l'anneau aboutit au même résultat ; il se rétrécit progressivement et se transforme, finalement, en une sorte de bague scléreuse. En effet, les crevasses, les fissures dont nous avons parlé, se cicatrisent facilement quand il n'y a pas de tiraillements. Or, une cicatrice est un tissu

nodulaire, rétractile. Aussi, la partie inférieure du prépuce devient-elle dure, inextensible ; c'est, je le répète, une bague coriace qui se rétrécit de plus en plus.

Une fois constitué, le phimosis est plus ou moins étroit ; quoi qu'il en soit, le malade urine désormais dans son prépuce et l'urine, irritante, en séjournant, augmente l'inflammation et aggrave l'infirmité. L'effet devient une cause et la cause un effet ; c'est là un cercle vicieux qui ne peut avoir de fin. En effet, le phimosis persiste indéfiniment. Il y a une légère balano-posthite chronique et, de temps à autre, de petits orages pendant lesquels l'inflammation devient plus vive.

Le phimosis entraîne un certain nombre de troubles fonctionnels. L'émission des urines devient défectueuse par suite de l'étroitesse de l'anneau ; le coït devient difficile ou impossible, est souvent douloureux, et un écoulement apparaît. Il dépend de l'inflammation chronique que nous avons signalée, est séreux ou séro-purulent, tache le linge et tourmente les malades qui ont l'air d'avoir une blennorrhagie. Enfin, les patients se plaignent de démangeaisons, de prurit et se livrent à un grattage quelquefois furieux.

Le phimosis, de même que la balano-posthite, est, dans un grand nombre de cas, un signe révélateur du diabète, soit que ce dernier ait été méconnu, soit que le malade sache qu'il en est atteint. Il y a quelques semaines, je voyais arriver dans mon cabinet un homme de 56 ans qui avait été atteint autrefois de syphilis. Son accident actuel était un phimosis qui, pour lui, se rattachait à son ancienne vérole. Il ne présentait aucun signe de diabète, et cependant son urine renfermait 38 grammes de sucre par litre. Le docteur Bourgade a eu occasion de donner ses soins à un jeune homme de 21 ans, gros mangeur et grand buveur, qui était venu le trouver pour une balano-posthite avec phimosis ; on trouva dans l'urine 60 grammes de sucre par litre. Le malade croyait simplement une affection locale de la verge.

Le diagnostic du phimosis diabétique est facile. Les sujets qui en sont atteints sont presque toujours du même âge. Ils ont de 40 à 50 ans, sont gros, gras, arthritiques. Cependant cette proposition n'est pas absolue, car le phimosis a été vu chez les enfants et les jeunes gens.

La maladie a une physionomie spéciale. Le phimosis est subinflammatoire ; il diffère donc de celui qui accompagne la blennorrhagie ou le chancre. Il y a peu de rougeur, peu ou pas d'œdème, pas de lymphangite dorsale, pas de suppuration abondante. On constate simplement un petit écoulement et un eczéma du prépuce. Ce dernier est coriace, épaissi, parcheminé ; aucun de ces signes n'existe dans le phimosis vénérien. Les plicatures rayonnantes au niveau de l'anneau, l'atrésie ont aussi une grande importance. L'évolution du phimosis

diabétique est aussi très spéciale ; il s'établit progressivement, persiste une fois qu'il est constitué et succède à une balano-posthite chronique qui a duré plusieurs mois sans éclat ni fracas.

Dans certains cas, le prépuce durcit tellement qu'il semble, quand on le palpe, que l'on touche du carton ; c'est là un fait rare dont je n'ai vu que quatre ou cinq exemples. Il y a alors une simple exagération de l'état coriace. De temps à autre, le malade se plaint de poussées aiguës qui sont causées par la marche, la fatigue, une tentative de coït ; alors la sécrétion devient plus abondante et la rougeur s'accroît ; ces phénomènes se calment habituellement très rapidement. Chez quelques malades, on peut sentir, dans le prépuce, de petites tumeurs, des noyaux durs, qui font songer à l'existence d'un chancre induré ou d'un calcul. Ce sont des noyaux de lymphangite chronique. Enfin, assez souvent, il survient des végétations vulgaires, identiques à celles que vous connaissez tous ; elles sont très facilement récidivantes et dépendent de l'irritation du gland et de prépuce. Le volume de ces productions est parfois considérable ; il peut atteindre celui d'une noisette, d'une noix ; leur repullulation est désespérante.

Naturellement, quand on se propose de traiter les diabétiques génitales, il faut d'abord traiter le diabète lui-même. Je n'ai pas à insister sur ce point.

On peut éviter l'apparition des accidents en recommandant aux malades de se laver ou au moins de s'essuyer soigneusement après chaque miction. Une fois la balano-posthite développée, on la combattra à l'aide de lotions alcalines ou boriquées que l'on fera plusieurs fois par jour, et l'on interposera une poudre isolante et un bouchon de ouate entre le gland et le prépuce.

Contre lephimosis, on fera des lavages et surtout des injections sous-préputiales avec les mêmes solutions alcalines. Pour faire les lavages, le mieux est de se servir d'une sonde ordinaire en caoutchouc rouge qui pénètre facilement et va, ce qui est indispensable, jusqu'à la rainure glando préputiale. Dès qu'on le pourra, on tentera d'isoler les surfaces de la même manière que ci-dessus et on essayera d'enfoncer de la ouate le plus profondément possible.

Le phimosis peut être incurable. Doit-on alors intervenir chirurgicalement comme les malades le demandent souvent. Oui, si l'on peut faire disparaître complètement le sucre des urines ; non, si cette disparition ne peut être obtenue. Dans ce dernier cas, en effet, la circoncision ou même une simple incision, peuvent être suivies d'accidents phlegmoneux et gangréneux qui ont entraîné plusieurs fois la mort de qui en étaient atteints.

Je ne vous dis qu'un mot, en terminant, sur les diabétiques gangré-

neuses de la verge. C'est là un accident fort rare qui est isolé ou coïncide avec d'autres gangrènes cutanées. On n'en a publié que quelques observations.

(*L'Union Médicale.*)

## FORMULAIRE.

### Traitement du rachitisme

Le traitement du rachitisme ne peut condensé en une formule unique, applicable à tous les cas. Il doit être avant tout clinique, et s'inspirer de l'âge des enfants, de la diversité des cas, etc. etc.

Si le rachitisme est très léger, l'hygiène suffira ; on rectifiera les erreurs alimentaires, on réglera les tétées des enfants non sevrés, on conseillera le grand air, le séjour à la campagne, etc. Dans beaucoup de cas, le rachitisme guérit tout seul.

Si le rachitisme est très accusé, si son intensité commande l'intervention du médecin, que faut-il faire ?

Aux enfants très jeunes, n'ayant pas atteint un an, on ne saurait donner sans inconvénient, tous les remèdes prescrits habituellement ; l'huile de foie de morue, le phosphore seraient mal tolérés et pourraient accroître les désordres digestifs qui font cortège au rachitisme.

On insistera sur le régime lacté, on donnera le phosphate de chaux sous forme de lait phosphaté, et les bains alés.

Quand l'enfant aura dépassé l'âge d'un an, on pourra commencer l'usage de l'huile de morue pure ou phosphorée ; on donnera d'abord 1 ou 2 cuillerées à café d'huile, pour arriver graduellement aux cuillerées à soupe. On s'arrêtera à la moindre diarrhée. On surveillera l'administration du phosphore, en ne dépassant pas la dose de 1 milligramme par jour. J'ai pu, sans accident, donner 2 milligrammes à une foule d'enfants, et cela pendant des semaines et des mois ; mais il faut se défier du phosphore.

Aux enfants qui ne digéreraient pas bien l'huile de morue, on prescrira l'ostéine Mouriés, le lacto ou le chlorhydrophosphate, à la dose de 1, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

A tous les enfants qui ont dépassé l'âge du sevrage, qui ne sont pas trop nerveux, qui n'ont ni ophthalmie, ni bronchite, on prescrira la mer (séjour sur les plages, bains de mer chauds ou froids de très courte durée).

A défaut des bains de mer, on conseillera les eaux chlorurées sodiques, les bains salés. Les rachitiques anémiques se trouveront bien du fer, de l'iode de fer, des pilules de Blancard et même des douches froides qui, dans quelques cas, m'ont rendu des services.

Aux enfants qui ont de la bronchite, on ne saurait prescrire les bains ; on les remplacera par les frictions stimulantes avec l'eau-de-vie camphrée le baume de Fioravanti, l'essence de térébentine, etc. Les frictions avec gants de crins pourront être essayées et réussiront chez les enfants qui ne sont pas trop nerveux et trop excitables.



Le massage et l'électrothérapie conviennent à ceux qui ont beaucoup d'impotence et dont les muscles semblent atrophiés.

On n'aura recours à la chirurgie qu'en dernier ressort, après avoir éprouvé toute la série des traitements médicaux.

Le redressement manuel des déviations, et en particulier du *genou valgum*, n'est applicable qu'aux enfants très jeunes; plus tard, c'est à l'ostéoclasie avec appareils qu'on donnera la préférence.

Il faut peu compter sur l'efficacité des appareils orthopédiques.

En résumé, l'huile de morue pure ou phosphorée, les bains de mer ou les bains salés, les préparations phosphatées, une bonne hygiène, assureront la guérison de la plupart des rachitiques.

(*Bulletin Médical.*)

### Cigarettes contre l'asthme.

(PLANT)

Feuilles de stramonium.....	} à 4 parties.
Feuilles pulvérisées de thé vert.....	
Feuilles de lobélie.....	

Mélangez et mouillez avec une solution saturée d'azotate de potasse — Séchez bien et conservez dans des flacons hermétiquement fermés.

(*Pharm. Post.* 1892, n° 3, p. 113.)

### Emulsion d'huile de foie de morue.

(O. L'OUT.)

I.—Triturez :

Glycérine..... 30 grammes.

Avec ;

Huile de foie de morue..... 60 grammes.

que l'on ajoute graduellement jusqu'à émulsion.

II.—Dissolvez :

Glycyrrhizine..... 3 gr.60

Eau distillée..... q. s.

Additionnez lentement l'émulsion I de la solution II et ajoutez ensuite de l'eau en q. s. p. f. 120 grammes.

N.B.—La glycyrrhizine masque complètement la saveur désagréable de l'huile de foie de morue.

On peut ajouter aussi à l'eau des hypophosphites.

(*Amer. Journ. Pharm.* mars 1892 p. 133.)

### Naissance.

A St. Ephrem d'Upton, le 16 juillet, Madame Dr. J. C. S. Gauthier a donné le jour à un fils. L'enfant a été présenté au baptême par l'Honorable Wilfrid Laurier, d'Arthabaskaville et Madame J. H. L. St. Germain, de St. Hyacinthe.