

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- 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.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hémorrhagie rétro-placentaire survenue pendant la grossesse ;

par le docteur Médéric T. LAJOIE, de Nashua, N. H.,

membre de la *Société française d'Electrothérapie*, de la *Société d'Hygiène de Paris*, de la *New-Hampshire Medical Society*, etc.

Je tiens d'abord à bien spécifier que l'accident qui va nous occuper est connu depuis longtemps, et qu'il a été observé souvent, au moment de l'accouchement ou lorsque le travail est commencé depuis quelque temps. Mais comme beaucoup d'accoucheurs très distingués l'ont tout à fait nié pendant la grossesse, en dehors de tout travail, je vais rapporter des faits bien observés et qui seront concluants.

Voici trois observations prises à la Clinique Baudelocque, à Paris, dans le service du Prof. Pinard, et une autre qui nous fut rapportée par le professeur dans une leçon clinique, et remontant à 1884.

Observation I. 1884.—Une femme forte, bien portante, d'à peu près trente-neuf ans et arrivée au huitième mois de sa neuvième grossesse, alla hors des murs de Paris chercher des herbes pour ses lapins. Tout-à-coup, en se relevant, une poignée d'herbes à la main, elle ressentit une douleur vive dans le ventre, et presque immédiatement elle se sentit inondée de sang. Des maraîchers non loin de là vinrent à son secours et la portèrent dans leurs bras jusqu'à une des portes de Paris, où on la mit dans une voiture qui l'amena à Lariboisière vers midi. A son entrée ici, la femme était toute souillée, ses habits étaient complètement imbibés et les membres inférieurs tout dégoûtants de sang ; la face était pâle, les traits tirés, la respiration accélérée ; de plus il y avait des sueurs froides et des signes lipothymiques inquiétants. Des caillots emplissaient le vagin ; on fit le diagnostic d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, et ce pour diverses raisons : hémorrhagie survenant dans les derniers mois de la grossesse, sans cause apparente, chez une femme jusque là bien portante, etc ; bref on fit le tamponnement du vagin, mais les lipothymies se succédant rapidement, la faiblesse, la pâleur, les sueurs froides augmentant, la femme succomba trois heures après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva que l'utérus se décortiquait parfaitement de l'œuf, et chose inouïe, l'œuf était complètement décollé, dans toute son étendue, des parois utérines, de sorte qu'il pouvait

tourner dans l'utérus comme un œuf dans son coquetier. Une couche de sang séparait l'utérus de l'œuf encore entier, les membranes n'ayant pas été rompues. Et, stupéfaction profonde de ceux qui assistaient à l'autopsie, le placenta était *normalement inséré* sur le fond de l'utérus ! Que s'était il donc passé ? La réponse fut donnée par l'ouverture de l'œuf lui-même. Le cordon formait un nœud coulant, dans lequel était passé un pied de l'enfant au-dessus des malléoles, et le nœud était à une couple de pouces à peine du placenta ; il y avait eu ici, par un mouvement brusque de l'enfant, décollement complet du placenta avec hémorrhagie consécutive, pendant la grossesse et en dehors de tout travail.

Observation II.—Mde L... femme d'à peu près quarante ans, enceinte pour la onzième fois, arrive à la Clinique Baudelocque le 17 novembre 1892. Elle avait toujours eu des accouchements normaux et des suites de couches régulières ; elle jouissait d'une bonne santé et n'avait eu aucun trouble pendant cette dernière gestation. La malade éprouvait depuis trois jours un malaise général ; il n'y avait, disait-elle, que dans la position horizontale qu'elle n'éprouvait aucun malaise. Depuis le 16, son ventre avait grossi rapidement, et tout-à-coup, le matin du 17, sans cause apparente, étant couchée, elle s'était sentie inondée de sang, et se fit amener à l'hôpital. La face était pâle, la langue sèche, le pouls rapide et petit ; il y avait des sueurs froides et tendance aux syncopes.

A l'examen de l'abdomen on trouva que : de la paroi supérieure de la symphyse pubienne, l'utérus avait douze pouces de hauteur et mesurait dix pouces et demi dans sa plus grande largeur ; il avait une consistance *ligneuse, dure*, et les membranes étaient constamment tendues. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines, mais les membres inférieurs étaient œdématiés.

M. Potocki (répétiteur du Prof. Pinard) fit le diagnostic d'hémorrhagie rétro-placentaire avec décollement du placenta, et mort de l'enfant. Voici le traitement institué. Rupture des membranes, et comme la dilatation n'était point complète, M. Potocki introduisit un ballon (1) de M. Champetier afin d'activer les contractions utérines et de hâter l'accouchement, l'indication capitale étant de sauver la mère. Lorsque la dilatation fut suffisante, le répétiteur fit une application de forceps et put facilement amener le fœtus (mort il va sans dire) ; et il comprit en voyant l'enfant pourquoi il y avait eu hémorrhagie et décollement du placenta. Le cordon était passé en sautoir sur une épaule, de sorte que le placenta se trouvait presque accolé à l'ombilic du fœtus, le cordon faisant obliquement le tour du corps de l'enfant dans sa plus grande longueur, et par un mouvement brusque (du fœtus) le placenta avait été détaché de son insertion utérine.

1) Ballon en caoutchouc antiseptisé, et rempli d'eau tiède une fois introduit dans le segment inférieur de l'utérus.—Dr. LAJOIE.

Observation III.—Malade entrée à Baudelocque le 23 février 1892. Enceinte pour la septième fois. Histoire obstétricale antérieure très intéressante. En 1879, enceinte pour la première fois; expulsion d'un fœtus mort et macéré à huit mois. En 1880, enceinte une deuxième fois, elle accoucha spontanément d'un enfant à terme et encore vivant. En 1882, expulsion à cinq mois d'un fœtus mort et macéré, et à la suite eut un phlogmon du ligament large. En 1883, à l'hôpital Lariboisière, elle accoucha au septième mois d'un enfant mort et macéré. On nota à cette époque qu'il y avait de l'albumine dans les urines. En 1884 et 1889, expulsion chaque fois d'un fœtus mort et macéré à sept mois. Nous trouvons ici: "mort habituelle des auteurs classiques."

Pour la septième fois enceinte en septembre 1891, elle perçut les mouvements actifs du fœtus en janvier 1892. Santé apparente, ne présentant rien d'anormal. A 1 heure du matin, le 23 février 1892, en allant à la garde-robe, elle ressentit une douleur vive dans le ventre, puis perdit une grande quantité de sang. Elle entra à Baudelocque à 9 heures du matin. Le pouls était petit, à 120, et la température à 99 3/5. Le défaut de parallélisme démontrait la quantité de sang perdue. Le 24 février, le matin, à dix heures, le col est un peu effacé, l'orifice admettant la pulpe du doigt, et il y a une poche des eaux "bombante." Au palper, la paroi utérine est toujours tendue, dure; cette constatation, puis la perte subite antérieure de sang sans cause causale, avec albuminurie, fit diagnostiquer: "hémorrhagie rétro-placentaire ayant décollé le placenta." On surveilla le pouls, et vers les 2 heures de l'après-midi on rompit les membranes; la dilatation était grande comme une pièce de 50 centins. A 3.25 hrs., expulsion d'un fœtus. Avant l'expulsion on recueillit une livre de caillots sanguins. Il n'y eut pas d'autres hémorrhagies que celle survenue à la demeure de la malade.

Observation IV.—Mme M..., entrée à Baudelocque le 3 mars 1892. Histoire antérieure: la malade eut deux premières grossesses et accoucha à terme, chaque fois, d'enfants vivants; puis survinrent trois grossesses successives avec fœtus morts et macérés, le premier à sept mois, le second à quatre mois et le troisième à sept mois et demi environ. Depuis quelques jours, l'utérus est dur, ligneux; pas de douleur et pas d'hémorrhagie externe. Il y a de l'albumine dans les urines. Le matin du 4 mars, les membranes se rompirent spontanément et on constata la descente du bras gauche et sa sortie hors de la vulve. Le fœtus était mort (en l'auscultant quelque temps auparavant, la paroi utérine se souleva brusquement et tous les assistants virent que l'enfant avait essayé de respirer), et d'un volume considérable. Le Prof. Pinard jugeant la femme sous la menace continuelle d'une hémorrhagie, fit l'embryotomie avec les grands ciseaux.

J'ai tenu à rapporter ces observations au long, parce que la

clinique grave mieux dans la mémoire les différents symptômes importants des maladies observées.

Voyons maintenant quelles sont les différentes causes d'hémorragie avec décollement plus ou moins considérable du placenta pendant le cours de la grossesse.

1^o Par la brièveté accidentelle du cordon, ainsi que les deux premières observations nous le démontrent.

2^o Par distension considérable de l'utérus par hydropisie de l'amnios avec rupture brusque des membranes. C'est Garnier, je crois, qui observa un cas de ce genre. Après la rupture des membranes, Garnier introduisit la main dans la cavité utérine et rencontra le placenta complètement décollé; l'utérus s'étant vidé tout d'un coup, le placenta s'était détaché.

3^o Par albuminurie. On rencontre très souvent des cas d'hémorragies intra-placentaires s'étant faites au cours de la grossesse, mais on ne les constate qu'après l'accouchement; ces hémorragies n'étant pas considérables, n'avaient pas occasionné de trouble. En examinant le placenta, on voit des foyers hémorragiques soit à la surface utérine, soit dans l'épaisseur des cotylédons; ces foyers sont plus ou moins nombreux; et quelques-uns sont tout récents, le sang ayant eu à peine le temps de former un caillot noirâtre; d'autres ont l'apparence nacréée d'hémorragies anciennes; quelquefois ces hémorragies ont été si nombreuses que l'on remarque un véritable placenta "traffé."

Dans ces cas d'hémorragies placentaires, on peut à coup sûr dire qu'il y a néphrite albumineuse chez la parturiente, que l'on ait trouvé ou non de l'albumine dans les urines.

Les symptômes de l'hémorragie rétro-placentaire avec décollement sont :

Début ordinairement brusque; il y a soit une douleur vague, un malaise général, soit une douleur vive, poignante et brusque, puis la femme voit son ventre grossir tout d'un coup; l'utérus est d'une *dureté ligneuse* toute particulière; il est presque tétanisé, et il y a une tension continuelle des membranes; il se fait aussi une hémorragie externe brusque (obs., 1 et 2) plus ou moins abondante et sans cause *causale* apparente; et enfin, comme dans toute hémorragie grave et brusque, il y a des symptômes généraux; sueurs froides, pâleur de la face et des muqueuses, le pouls est petit, faible et rapide, et il y a de la tendance aux syncopes, etc. D'autres fois, si on trouve dans l'histoire antérieure (obs., 3 et 4) la mort habituelle, avec fœtus macérés des auteurs classiques (1) et qu'il y ait un utérus dur, *ligneux*, avec ou sans hémorragie externe, et que l'urine contienne de l'albumine, on doit diagnostiquer un épanchement sanguin "intra-placentaire" ou "inter-utéro-placentaire" causé par l'albuminurie. Quand il n'y

(1) Il faut faire attention qu'il n'y ait pas de syphilis, car alors il faudrait traiter cette maladie.—Dr. LAJOIE.

a qu'une petite hémorrhagie, elle reste intra-placentaire, sans grand décollement, et pourvu qu'il y ait un champ d'hématose assez considérable pour assurer la vie de l'enfant, la gestation se rend à terme. Mais si l'hémorrhagie est abondante, d'interne elle devient externe, et décollant le placenta elle est la cause de l'accouchement prématuré; toujours alors l'enfant meurt, et la mère court de grands dangers.

Traitement.—Dans les cas où l'hémorrhagie est abondante et externe, on débarrasse le vagin des caillots sanguins, et, ayant bien antiseptisé les parties, on rupture les membranes; si la dilatation n'est point faite, on introduit un ballon de Champetier pour accélérer l'accouchement, car, après avoir débarrassé l'utérus de son contenu, cet organe revient sur lui-même, et les contractions se font de plus en plus rapprochées; on peut alors sauver la mère si l'hémorrhagie n'a pas été trop abondante. Quand à l'enfant, il est foudroyé par la suppression brusque de la circulation utéro-placentaire; par conséquent tous les efforts de l'accoucheur doivent tendre à sauver la mère.

C'est dans les cas de mort habituelle du fœtus, et aussi lorsque dans un accouchement antérieur on a trouvé des foyers hémorrhagiques dans le placenta, qu'il faut instituer un traitement prophylactique qui permette à la femme de rendre son fœtus à terme. Car si les hémorrhagies placentaires ont été un peu nombreuses ou considérables, la femme, à sa prochaine gestation, est continuellement en danger d'avortement (et de mort peut-être) pendant les derniers cinq mois. Il faut lui faire porter des vêtements de laine et lui faire souvent prendre des bains afin de faire "travailler" la peau et alléger d'autant les reins. Il faut aussi prescrire la diète lactée, diète aussi absolue que possible, et mettre la femme au repos. Alors on voit l'albuminurie diminuer et souvent disparaître tout à fait, puis la femme accoucher à terme d'un enfant vivant et fort.

Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture;

par le docteur Adrien OUMET, de Montréal.

Les varices de la vulve peuvent exister sur les grandes lèvres, sur le clitoris et son prépuce, sur les petites lèvres, simultanément ou isolément. En général elles sont assez disséminées dans la région vulvaire; un seul côté peut être atteint, l'autre restant indemne.

M. Budin a observé que leur siège de prédilection, de début, serait le pli qui sépare la grande lèvre de la petite; de là elles s'étendent à la petite lèvre, à la grande, rarement à la fourchette.

Les veines clitoridiennes restent toujours plus petites ; elles sont superficielles, plus minces, se rompent souvent ; on les rencontre surtout au repli muqueux appelé capuchon ou prépuce du clitoris. Symptôme spécial des varices de cet organe : elles donnent lieu à un prurit intense et insupportable.

Les varices vulvaires coïncident habituellement avec celles des cuisses et des jambes. Elles peuvent se présenter en même temps que ces dernières, dès la première grossesse ; mais en général elles surviennent dans les suivantes. A la première grossesse, disait M. Pajot, on trouve des varices aux jambes ; à la deuxième aux jambes et aux cuisses ; à la troisième, la vulve est envahie à son tour.

L'aspect et le volume de ces varices peuvent varier beaucoup depuis la simple dilatation, l'élevure régulière, jusqu'à des tumeurs formant paquet, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix.

En général, les varices vulvaires sont assez facilement supportées ; parfois elles amènent une gêne qui, souvent légère, peut pourtant devenir assez pénible ; c'est une sensation de poids, de tiraillements aux parties où les femmes se plaignent d'ardeurs ; chez d'autres, ce sont des démangeaisons très vives les forçant à se gratter continuellement, et ce grattage peut amener des accidents très graves.

Le diagnostic des varices et des thrombus vulvaires est facile ; la varice se développe lentement, tandis que le thrombus se forme brusquement.

Par elles-mêmes, les varices de la vulve n'offrent aucune gravité, un peu de gêne, de démangeaison, mais une complication redoutable, la rupture, doit faire réserver le pronostic. La varice a pour cause une augmentation de toute la circulation des organes génitaux au moment de la grossesse, un élargissement du diamètre des vaisseaux, un ralentissement du cours du sang, une compression, par le fœtus, des gros troncs veineux, d'où interception de la circulation en retour, tout en admettant l'afflux du sang par les artères, d'où stase sanguine de plus en plus grande.

Donc la complication grave des varices vulvaires est la rupture, qui peut se faire :

- 1° Pendant la grossesse.
- 2° Pendant l'accouchement,
- 3° Après l'accouchement.

Rupture des varices pendant la grossesse.—C'est généralement dans les trois derniers mois de la grossesse que se fait la rupture, ce qui se conçoit facilement, les varices n'étant pas, avant cette époque, arrivées à leur complet développement, et les parois veineuses offrant une certaine résistance. Les points le plus souvent atteints de déchirures sont situés à la partie supérieure de la vulve, autour du clitoris, dans le pli de division de la grande et de la petite lèvre. Le sang s'en écoule toujours abondamment, généralement en nappe, quelquefois en jet plus ou moins fort.

On conçoit la rapidité et l'abondance de ces hémorrhagies souvent mortelles, quand on songe à la stase sanguine produite dans cette région par la dilatation des veines, surtout par la compression de la tête du fœtus, qui paralyse la circulation en retour, mais n'empêche nullement le sang d'affluer aux artères.

Une contusion, un choc même léger, une chute à califourchon sur un objet présentant des aspérités peuvent déchirer ces tissus si peu résistants. Un coït un peu intempestif peut être assimilé à un traumatisme. M. Simpson rapporte un cas de rupture des veines des organes génitaux qui s'est produite pendant le coït chez une femme qui faillit en mourir. M. Budin rapporte, dans sa thèse d'agrégation, une observation où les rapports sexuels ont aussi provoqué une hémorrhagie par rupture de varices vulvaires.

Les phénomènes nécessités par la miction peuvent également provoquer l'hémorrhagie par rupture de varices vulvaires.

La profession de la parturiente est souvent une cause prédisposant à une rupture; de même, le grattage provoqué par des démangeaisons vulvaires insupportables.

On peut confondre l'hémorrhagie vulvaire pendant la grossesse avec une endométrite hémorrhagique, avec des polypes, des tumeurs de l'utérus ou des ovaires; ce ne sera pas possible si l'on touche et si le doigt ressort non maculé de sang; puis les commémoratifs lèveront tous les doutes. Les hémorrhagies de l'avortement seront facilement écartées par la simple inspection et les signes du toucher. Donc, en présence d'une perte de sang par les organes génitaux, sans cause apparente, il faut toujours examiner la vulve et l'on arrêtera ainsi facilement des hémorrhagies rapidement mortelles.

Le pronostic, pour la mère, est d'une extrême gravité. Sur neuf cas de ruptures de varices vulvaires, M. Budin a compté sept morts. Sur 18 observations, dit M. Verrier, 11 fois l'hémorrhagie a été mortelle, du premier coup. Depuis, les observations s'étant multipliées, l'attention des médecins et des sages femmes étant attirée sur la possibilité de cet accident, la gravité du pronostic est un peu atténuée. D'ailleurs tout dépend du diagnostic. S'il est fait, l'accident est insignifiant; sinon, il est le plus souvent et forcément mortel, l'hémorrhagie se faisant par une ouverture trop large pour être facilement obturée par un caillot.

La gravité de l'hémorrhagie est encore augmentée par ce fait, que son extrême abondance, sa rapidité peut tuer la malade avant qu'on ait eu la possibilité d'essayer une intervention. A la campagne, par exemple, dans des villages où il n'y a pas de médecin, où il faut l'aller chercher à des distances plus ou moins grandes, une malade peut mourir d'hémorrhagie malgré l'érudition de l'accoucheur qui arrive alors trop tard pour intervenir. Heureusement, les choses ne se passent pas toujours ainsi. Quelquefois l'hémorrhagie s'arrête spontanément et définitivement.

Rupture des varices pendant l'accouchement.—Il peut se produire

au moment du travail des déchirures variqueuses amenant l'hémorragie. Elles ont lieu pendant le travail proprement dit, ou pendant l'expulsion. La rupture peut encore avoir lieu quand la tête fœtale passe à travers la vulve.

Si l'hémorragie vient des veines variqueuses de la vulve, la rupture des veines peut se produire de façons différentes, tantôt la région occipitale s'étant dégagée et la nuque étant venue prendre son point d'appui sous la symphyse, le sommet comprime les veines variqueuses contre les branches ischio-pelviennes, et il se produit une fissure de la muqueuse et une rupture de la veine qui saigne alors abondamment; tantôt au contraire, et cela s'observe surtout chez les primipares, une déchirure latérale, partie de l'orifice vaginal, s'étend obliquement de bas en haut en se dirigeant vers la partie supérieure de la petite lèvre qui peut être sectionnée en partie ou en totalité. Si les veines variqueuses se trouvent sur le trajet de la déchirure, elles sont rompues, et il en résulte une hémorragie. Une hémorragie consécutive à la rupture de varices vulvaires sera plus sûrement reconnue pendant le travail et l'expulsion que pendant la grossesse, attendu que dans de pareilles circonstances, au lit d'une femme qui accouche, il est bien peu de médecins qui n'examinent tout d'abord les organes génitaux externes.

Et pourtant, malgré la facilité du diagnostic, combien d'hémorragies vulvaires ont été prises et traitées pour des placentas prævia, pour des déchirures du col utérin, et toujours par faute d'en connaître l'existence ou de songer à leur possibilité.

Donc encore une fois : inspecter et toucher, et on évitera de prendre pour des placentas prævia, pour des fungus, des tumeurs, des varices du col, une simple rupture de veines variqueuses de la vulve.

Rupture des varices après l'accouchement.—Cette complication est rare, et cela se conçoit facilement.

Quand les varices vulvaires ont résisté à une gestation de neuf mois, quand le passage du fœtus à travers la vulve dilatée n'a pas brisé leurs fragiles parois, on peut espérer que la rupture ne se produira pas. Pourtant le fait s'est rencontré et donne toujours lieu à une erreur de diagnostic; il est si naturel de songer à une hémorragie de la délivrance.

L'hémorragie des varices vulvaires après l'accouchement est toujours moins abondante et moins rapide que pendant ou avant le travail; c'est que l'utérus est contracté, revenu sur lui-même et remonté dans l'abdomen; le fœtus n'est plus là pour comprimer les organes génitaux externes. Alors plus de stase sanguine; la circulation en retour est libre et les caractères de l'hémorragie, quand elle se produit, sont dès lors moins foudroyants que dans les cas précédents.

Traitement.—L'abondance extrême de l'hémorragie variqueuse

vulvaire, sa rapidité parfois foudroyante exigent impérieusement une intervention locale aussi hâtive que possible.

En face d'une malade qui perd en si grande quantité, menacée de syncope, l'hésitation n'est pas permise; mais l'indication du traitement est si formelle, si simple, quand le clinicien est prévenu de la possibilité de l'accident, que l'embarras n'est pas possible longtemps. Arrêter l'hémorrhagie par une compression locale quelconque est toujours une chose facile quand la solution de continuité est sous les yeux du praticien. Pendant la grossesse, le médecin devra prévenir la rupture de ces varices vulvaires, il devra recommander certaines précautions: éviter les grandes fatigues, les cris, les efforts; pas de courses rapides, ni de sauts; pas de grands efforts de miction ou de défécation; pour cela, prendre de temps en temps quelques diurétiques et purgatifs légers.

En cas de démangeaisons, éviter les grattages, ce qui sera souvent difficile; pourtant des applications de cocaïne, des bains d'amidon, pourront empêcher l'accident en supprimant la cause.

M. Budin ne croit pas que les diverses recommandations faites d'éviter la situation verticale ou assise trop longtemps prolongée, les vêtements serrant trop la taille, la constipation, etc. soient suivies de succès; il en sera de même, dit-il, des saignées générales conseillées par quelques auteurs. M. Tarnier, dans les cas où les varices génitales provoquent la sensation de gêne, de pesanteur, recommande la position horizontale, et "les malades, dit-il, seront presque toujours soulagées par une compression douce que l'on établit au moyen d'un bandage en forme de T."

Dans certains cas, le coït peut être déconseillé. Si, malgré précautions et recommandations, l'hémorrhagie se produit, l'hémostase est toujours facile.

La solution de continuité est-elle petite, en fissures, en piqûre, une simple serre fine suffira. L'ouverture est-elle plus considérable, on se sert alors d'une pince à forcipressure qu'on laisse en place. Inutile de dire, bien entendu, que tous ces instruments doivent être aussi antiseptiques que possible. De grands lavages de la vulve avec des solutions de sublimé ou d'acide borique chaudes pourront parfois amener la formation d'un caillot obturateur; en tout cas ils seront indispensables pour la recherche de la solution de continuité. Si le point précis de la rupture ne peut être déterminé, on applique sur la partie soupçonnée de donner du sang, un morceau d'agaric trempé dans une solution antiseptique, on fait la compression avec du coton hydrophile et un bandage en T un peu serré. Souvent un simple tampon d'ouate antiseptique suffit.

Dans certains cas, où le médecin a été appelé tard auprès d'une femme que d'abondantes pertes ont déjà affaiblie, il faut, si l'on n'a sous la main ni serre fine, ni tampon, appliquer immédiatement un ou deux doigts sur la partie supérieure de la vulve et

la comprimer ainsi contre la symphyse pubienne et les branches descendantes du pubis. Si la femme est très épuisée par d'abondantes pertes sanguines, il faut la ranimer par des révulsifs locaux ou généraux, friction, compression, ligature sur la racine des membres, couvertures chaudes, transfusion du sang, et puis de l'alcool, même à hautes doses, étant donnée la tolérance très curieuse et très grande des femmes se trouvant dans un état de syncope et de complet épuisement causé par une forte hémorrhagie.

Je me rappelle avoir entendu dire souvent à mon maître M. Lancereaux, combien il avait été surpris, lorsqu'un jour ayant appelé en consultation M. le professeur Pajot, pour une femme en état de syncope, à la suite d'une très forte hémorrhagie, M. Pajot lui fit avaler, en une seule dose, 200 grammes de cognac, après quoi cette femme se ranima très vite. Pendant l'accouchement le traitement préventif de l'hémorrhagie vulvaire à une certaine importance. Il faut vider la vessie, le rectum, élever le siège de la femme, et laisser le champ libre, autant que possible, à la circulation veineuse, et puis veiller à ce que le fœtus ne sorte pas trop vite, engager la parturiente à ne pas trop obéir à ce besoin impérieux de pousser. Mais si, malgré tout, l'hémorrhagie se produit pendant le travail, il y a deux indications formelles : si le travail est peu avancé, le col peu dilaté, la tête fœtale haut placée, il faut arrêter l'hémorrhagie par la compression locale ; si la tête est sur le plancher périnéal ou à la vulve au moment où la varice se rompt, on doit terminer l'accouchement le plus vite possible.

Conclusions.— Parmi les accidents provoqués par la présence de varices, même peu considérables, à la vulve, un seul, la rupture, est d'une très grande gravité, par ce fait que la lésion est presque toujours inconnue ou méconnue. Cette rupture est suivie d'une hémorrhagie, quelquefois foudroyante, pouvant amener rapidement la mort de la mère et mettre en danger la vie de l'enfant.

Cette issue funeste provenant toujours d'un diagnostic non fait ou erroné, cette erreur pouvant très facilement être évitée, une fois le médecin prévenu, il suffira d'examiner avec les soins les plus minutieux les organes génitaux externes, pour y trouver et la cause de l'hémorrhagie et l'indication formelle du traitement.

Paris, 20 février 1893.

Le professeur TIFFANY, de l'Université du Maryland, ne reconnaît qu'une cause à l'ostéo-sarcôme, et cette cause est le traumatisme. Quelquefois, ajoute-t-il, ce traumatisme est si léger que le chirurgien met en doute le fait qu'il ait pu être la cause de la maladie ; dans d'autres cas au contraire, les rapports de cause à effet sont de toute évidence.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur de L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Monsieur,

J'attire votre attention sur un article publié dans le numéro de mars de votre journal et intitulé : "*La cure d'or et le traitement dit de Keeley dans la médication de la dipsomanie.*"

Voici les quelques remarques que je vous prie de publier pour l'information satisfaisante de vos lecteurs ;

1. Il n'y a pas que le monde *extra-scientifique* qui s'occupe de cette question ; tous ceux qui ont à cœur à ne pas tenir la lumière sous le boisseau, et qui ont fait les sacrifices de se renseigner par eux-mêmes admettent que le traitement par Keeley de l'alcoolisme, de la morphine, est une découverte qui mérite les éloges du savant.

2^o Les guérisons sont *merveilleuses*.

3^o La méthode a été expérimentée pendant plusieurs années, avant de devenir publique en 1887 au lieu de 1891.

4^o La *réclame* américaine, inhérente aux mœurs de nos voisins, ne doit pas détruire la valeur réelle d'une médication ou d'un remède ; à ce titre la matière médicale serait sérieusement simplifiée.

5^o *L'alliance du clergé protestant*, pour assurer la permanence de la cure, mérite autant le respect, et a aussi bien sa place que celle du clergé catholique, auquel tous les jours le médecin le plus confiant demande l'assistance morale, et si bienfaisante souvent, dans les cas difficiles.

6^o Le chiffre de 60,000 *dipsomanes* paraît extraordinaire. Allez étudier à l'Institut Keeley et vous reviendrez convaincu que le chiffre dépasse aujourd'hui 100,000.

7^o La *cure* du Dr. Keeley est la seule produisant le dégoût de la soif, ou la perte d'un désir de faire usage de l'alcool. Pas de contradiction scientifique possible.

8^o Quand le malade, par *exception*, revient à sa funeste habitude, ce n'est pas par goût ; et ce n'est pas là une vérité de La Palisse ; consultez les véritables dipsomanes et vous serez renseigné.

9^o L'article de l'UNION MÉDICALE s'appuie sur F. Chapman, M.D., pour donner la composition du traitement Keeley. Je nie la vérité des affirmations de Chapman, qui dit avoir *entendu* dire etc., parce que j'ai vu de mes yeux, vu.

10^o Admettant les affirmations de Chapman, ses conclusions que

L'UNION MÉDICALE a oublié de citer, devaient modifier l'opinion sévère de celle-ci, puisque Chapman affirme : "Of the three hundred cases, that have been under my care since last April, I know of but *two relapses*, and I have followed up nearly every case, both by correspondence and having some report to me at various intervals of time."

11° Il ne faut pas oublier d'observer après avoir lu les conclusions de Chapman, que ce dernier est plus affirmatif que Keeley; et que si je suis à blâmer pour croire le médecin de Dwight, que méritez-vous pour croire Chapman.

12° Il faut donc conclure, après avoir lu sérieusement Chapman, que le but de son article est d'amoinrir Keeley pour se grandir lui-même et que l'UNION MÉDICALE qui s'en fait un évangile, mériterait à son tour plus que moi les sévérités de la critique médicale.

13° Tout ce qui est dit au sujet de l'or employé sous les yeux du patient est un simple mensonge.

14° Les réflexions personnelles qui terminent l'article ont été considérées par la majorité comme inutiles, pour ne pas dire plus, parce que les états de service que j'ai à l'hôpital, à l'École et au journal lui-même, me donnent le droit de croire que je suis aussi considéré et aussi estimé que qui que ce soit, n'en déplaise, à tous les homonymes.

J'ai bien l'honneur d'être, Monsieur le Directeur

Votre toujours dévoué

SÉVERIN LACHAPPELLE, M. D.

N. B.—Les mots soulignés sont dans le texte de l'article de l'UNION MÉDICALE, et constituent les points principaux auxquels l'article ci-dessus est une réponse. Pour référence, lire *Chicago Medical Recorder*, février 1893.

Le rhume de cerveau.—La *Médecine moderne* publie à ce sujet la note suivante :

Le Dr Onimus (de Monaco) nous écrit qu'aucun moyen ne lui paraît aussi efficace contre le coryza que le jus de citron.

"Il suffit, dit-il, de humer ou, pour employer une expression triviale, de *renifler* le jus d'un citron bien mûr. On verse dans le creux de la main une quantité assez notable de jus de citron, et on le renifle jusqu'à ce qu'il revienne par l'arrière-gorge. Cela pique d'autant plus vivement que le rhume de cerveau est plus intense, mais si le coryza est simple, il suffit de deux à trois aspirations de ce genre pour être guéri."

Le Dr Onimus ajoute que ce moyen est également excellent dans les angines chroniques et surtout dans celles qui se localisent dans l'arrière gorge, derrière les piliers du voile du palais.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Les injections médicamenteuses hypodermiques — Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker (1). — IV. Je voudrais vous faire, vous renouveler plutôt, une grosse confession médicale, une affirmation que j'ai énoncée plus d'une fois, c'est que nous ne guérissons pas la phthisie, c'est-à-dire qu'il *n'y a pas de spécifique de la phthisie*.

Ce qui est en notre pouvoir, c'est d'aider le phthisique à vivre par une médication où l'hygiène entre pour la plus grande part. Nous veillons sur son hygiène en conseillant au phthisique des grandes villes d'aller mener une vie agreste, où il trouvera de l'air pur et du soleil : ainsi les habitants de Londres quittent les brouillards de la Tamise pour les bords de la Méditerranée. Nous veillons aussi à ce que son alimentation soit de meilleure qualité et plus abondante. *Respirer le plus, le mieux possible ; se nourrir le plus, le mieux possible, voilà pour l'hygiène.*

À côté, se place une médication qui s'inspire des accidents actuellement existants, c'est la médication traditionnelle et rationnelle.

En premier lieu, vient la révulsion qui s'adresse à la peau de deux façons, à son système sensoriel et à ses vaso-moteurs. Par son action sur la sensibilité cutanée, il y a production d'un réflexe de la moëlle : par l'action sur les vaso-moteurs, nous agissons sur le grand sympathique. La révulsion ne se fait pas sentir directement sur le poumon ; ce n'est que par l'intermédiaire des centres médullaire et grand sympathique.

D'autre part, il y a une précaution que le médecin ne doit jamais perdre de vue, c'est qu'il faut avoir le respect le plus pieux pour l'estomac qui est la sauvegarde des phthisiques ; ne touchez pas à l'estomac des phthisiques, parce que vous pouvez déterminer des accidents qui se surajouteront.

Le traitement rationnel est de s'adresser à la peau par les révulsifs, et sous la peau par la médication hypodermique, d'employer le maximum d'hygiène, et le minimum de médicaments.

Telles sont les généralités que je tenais à vous énoncer, sur le

(1) Suite et fin. Voir la livraison d'avril.

traitement de la tuberculose. Ce préambule achevé, j'arrive à la *médication hypodermique par le gaiacol*. Vous savez que ce produit est obtenu par distillation de la créosote qui le contient dans la proportion de 90 0/0.

C'est l'allemand Max Schaller qui a eu le premier idée de l'associer à l'iodoforme. En France, MM. Labadie-Lagrave, Picot, de Bordeaux, Weill et Diamantberger, ont surtout employé cette médication.

Voici la formule de M. Picot :

Huile d'olives stérilisée.....	100 gr.
Gaiacol	5 gr.
Iodoforme	1 gr.

Il injecte quotidiennement 2 à 3 centimètres cubes de cette solution, et il a obtenu des résultats : diminution de l'expectoration, diminution de la fièvre, dessèchement des cavernes. Ce qui est certain, c'est que *ces petites doses sont aussi bonnes que les grosses*, qui ont le désavantage de donner parfois une augmentation de la fièvre ; ce sont des doses à conserver.

M. Weill, médecin en chef de l'hôpital Rothschild, a injecté de gaiacol à petites doses, mais en solution plus concentrée. Il emploie des parties égales de gaiacol et d'huile stérilisée, ce qui fait 9 gr. 25 de gaiacol par demi-seringue de Pravaz ; on a ainsi l'avantage de ne pas avoir beaucoup de liquide à injecter. Je vais vous citer plusieurs observations de M. Weill ; puis je parlerai de celles qui ont été prises dans mon service.

Les résultats obtenus par M. Weill peuvent être schématisés de la façon suivante ; il y a trois catégories : 1° amélioration considérable ; 2° amélioration notable ; 3° amélioration nulle.

Mais on obtient aussi ces résultats par la médication traditionnelle ; et vous allez voir que dans les faits énoncés, on a mis en œuvre, non seulement le traitement gaiacolé, mais aussi nombre d'autres moyens.

I. Voici une observation très intéressante. C'est celle d'une jeune fille de 23 ans, sans antécédent héréditaire ou personnel. Au mois de juillet 1890, elle est prise d'un malaise mal déterminé, elle a un point de côté, offre quelques signes de tuberculose pulmonaire, et est traitée par les révulsifs. Au mois de janvier 1891, elle a deux hémoptysies. Au mois de mai de la même année, on lui conseille les injections de gaiacol, qui sont commencées le 16 mai, à raison d'une seringue de Pravaz tous les jours.

A ce moment, les signes de la tuberculose étaient manifestes, surtout dans le poumon gauche, où il existait des craquements et des râles humides ; il y avait de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes et de l'inappétence ; on constatait la présence des bacilles

Le 12 juin, surviennent des accidents formidables par embolies raisseuses intra-pulmonaires : suffocation subite, congestion de

la face, angoisse indicible, menace d'asphyxie. Après cet accident, les injections étant suspendues, il y a de la congestion pulmonaire généralisée, des hémoptysies légères, l'état général reste grave, et la malade maigrit, malgré une médication tonique et reconstituante.

Le 20 octobre, on reprend les injections, à la dose d'une demi-seringue. et quelques jours plus tard, d'une seringue entière.

Outre le gâïacol, pendant tout ce temps on a eu recours aux toniques, l'arsenic, la strychnine, la kola, le quinquina, le phosphate de chaux, la digitale, etc. ; l'hygiène, promenades au grand air, aération nocturne de la chambre.

Une quinzaine de jours après, l'appétit, le sommeil étaient revenus, les sueurs avaient disparu.

Actuellement, l'état général est satisfaisant : augmentation de poids léger, appétit bon, sommeil également, plus de sueurs, plus de toux la nuit. Mais les signes locaux sont peu changés, sauf que les bruits sont plus secs.

II. Dans l'observation suivante, on supposait que la forme allait être galopante. Pendant trois mois, le traitement fut exécuté ponctuellement ; en plus des injections, on donnait des lavements de peptone, du lait, des œufs, de la viande crue ; contre la fièvre, on employa l'acide salicylique, et l'atropine contre les sueurs : on fit des applications répétées de pointes de feu.

Le malade cessa de tousser et de cracher, recouvra l'appétit, augmenta de poids, n'eut plus de sueurs la nuit. A l'auscultation, actuellement, il reste un peu de matité à gauche et en arrière.

III. Un malade de 26 ans se rétablit en six semaines : l'expectoration très-abondante est tarie, la toux a disparu, les forces et l'appétit sont revenus, l'état général est florissant ; mais les signes stéthoscopiques persistent. On continue les piqûres.

IV. Voici un malade qui présentait des signes de tuberculose aux deux sommets ; on a constaté la présence des bacilles ; mais il n'a pas de fièvre. L'injection, tous les deux jours, de deux seringues de solution a donné de bons résultats généraux ; et l'on ne trouve plus de bacilles dans les crachats.

V. Une femme de 29 ans, rentière, toussait depuis trois ans ; elle a des crachats nummulaires, de la fièvre le soir, un amaigrissement progressif. Les injections, faites tous les deux jours d'abord, puis tous les jours amènent une amélioration de tous les symptômes.

Mais voici le larynx qui se prend ; et, malgré le traitement local, l'état s'aggrave. La malade part au Mont-Dore, et en revient au bout d'un mois, un peu plus affaiblie. On reprend alors le traitement : l'état général redevient meilleur ; mais, malgré un traitement local à l'acide lactique, l'ulcération tuberculeuse du larynx continue à s'étendre.

À côté de ces observations où les injections de gâïacol ont donné une amélioration, je crois devoir vous redire que les mêmes

résultats sont obtenus sans cela. Ainsi je me souviens qu'étant interne de Cruveilhier, je vis venir dans le service un jeune garçon d'aspect floride, présentant des craquements humides aux deux sommets, et de la fièvre. On lui mit six ventouses scarifiées sous chaque clavicule ; et, au bout de 15 jours, le malade sortait de l'hôpital, avec seulement encore un peu de matité ; les craquements humides, dus à l'hypérémie circumtuberculeuse, avaient disparu. Ce résultat, on l'obtient, sans tirer de sang, au moyen du gaiacol.

Le gaiacol modifie la fétidité des crachats, comme le montre une observation.

VI. Dans un cas de pneumonie traumatique causée par une arête de poisson, avec production consécutive de gangrène pulmonaire, on fit des injections de gaiacol ; sous cette influence l'amélioration fut rapide, et on obtint la guérison.

Voici maintenant les observations, prises dans mon service.—C'est en 1891 que je commençai à faire des injections de gaiacol, employant la solution suivante, un peu plus concentrée que celle de M. Picot.

Huile stérilisée	100 gr.
Gaiacol.....	10 gr.
Iodoforme	5 gr.

Sur 25 cas traités dans mon service, 10 ont été publiés et offrent comme résultats : quatre améliorations, trois hémoptysies, et une embolie huileuse, suivie de mort. On se servait d'une seringue contenant 5 gr. de solution huileuse ; on injectait donc chaque fois 0 gr. 50 de gaiacol et 0. gr. 25 d'iodoforme. Ces injections étaient douloureuses, et on a été obligé de les supprimer plusieurs fois, les malades ne pouvant pas les supporter. Cela tient certainement à la quantité d'huile injectée ; et je crois qu'il vaut mieux employer l'injection de M. Weill qui ne demande qu'un gramme de solution pour la même dose de gaiacol.

Voici ces observations résumées ;

1o On a fait en tout 55 injections et l'on a obtenu la diminution de l'expectoration et de la toux.

2o Injections, 18 : toux et expectoration diminuées.

3o Malade de vingt-deux ans, offrant une expectoration abondante, aucun appétit, peu de fièvre ; on ne fit que 25 injections à cause de la douleur ; la toux et l'expectoration ont cessé, mais l'état général est mauvais ; l'amaigrissement continue, la fièvre hectique apparaît, et la mort survient.

4o Femme de vingt huit ans. Injections, 42 : la toux, l'expectoration, les sueurs ont cessé, l'appétit est bon ; mais les lésions persistent.

5o Malade de trente-cinq ans offrant de la fièvre, de la diarrhée, des vomissements, une expectoration purulente ; 28 injections, cessées sur sa demande : lésions pulmonaires augmentées, pas d'amélioration.

60 Malade de quarante-huit ans; 30 injections ont donné une amélioration notable, l'expectoration a disparu, l'appétit est bon; pas de changement dans les lésions pulmonaires.

70 Poussée sudorale après chaque injection, expectoration purulente, mort.

80 Une légère hémoptysie est survenue et a fait interrompre le traitement.

90 Après 25 injections, refus de les continuer. Mort.

100 Journalier, âgé de 55 ans, commença à ressentir les premières atteintes de la tuberculose pulmonaire; en janvier 1859, après une attaque de grippe, il présente de l'oppression, de la toux, une expectoration assez abondante, une fièvre croissante, des sueurs nocturnes; on trouve de la matité aux deux sommets et à la base droite, etc.

On le soumet aux injections d'huile gaiacolée, mais on les suspend après la 13e, parce qu'il est survenu de la congestion pulmonaire.

On les reprend quelque temps après, et aussitôt l'injection faite, il est pris d'une dyspnée épouvantable et le lendemain matin, il était mort. A l'autopsie, on constata que des gouttelettes d'huile s'échappaient abondamment du poumon incisé.

Il faut donc, comme je le disais dans une précédente leçon, s'inquiéter du passage possible de la solution directement dans une veine; il est nécessaire, pour éviter cet accident, de vérifier, après avoir enfoncé l'aiguille, s'il ne sort pas de sang.

Mode d'action.—Le mode d'action de la créosote et du gaiacol est celui des substances balsamiques qui s'éliminent par les voies aériennes; il en est de même de l'hydrogène sulfuré des eaux sulfureuses. Il y a là une substitution; on transforme une inflammation en une autre de meilleure nature, comme lorsqu'on se sert du nitrate d'argent. Mais c'est à condition que la substitution ne soit pas trop énergique, car on voit parfois se produire des hémoptysies très abondantes; nous l'avons constaté avec le gaiacol.

Le bienfait de ces médications est de diminuer les sécrétions et d'augmenter l'appétit, à la suite probablement d'une petite irritation bienfaisante de l'estomac.

Les dangers sont l'hémoptysie, que j'ai observée chez plusieurs malades, constatée également à Cannes par M. Darenberg, et la transformation possible d'une phthisie torpide en phthisie aiguë.

Il y a là, au point de vue thérapeutique, un progrès dont bénéficieront d'autres maladies pulmonaires: la dilatation des bronches, la bronchite chronique, la bronchite fétide, et ce qu'on a appelé la gangrène curable des bronches. Voici comment se produit cette dernière affection: dans les ampoules bronchiques, il séjourne une sorte de magma de matière caséuse qui devient le siège de fermentations putrides, irrite la muqueuse et détermine une inflammation de mauvaise nature, se terminant assez souvent par la gangrène de la muqueuse. Cette gangrène peut ne pas s'arrêter

là et gagner le parenchyme pulmonaire ; il y a de la fièvre et une expectoration d'une fétidité horrible et d'une abondance très grande. Par l'emploi du gaiacol, on peut certainement modifier l'état du poumon et de la muqueuse gangrenée. On a vu parfois la mort être la suite de cette gangrène ; et je vous engage, en pareil cas, à employer la *médication gaiacoltée, qui, avec de petites doses, produit le même effet que des doses plus considérables de créosote.*

Le grand bienfait de cette médication, je le répète en terminant, est de diminuer l'expectoration, de diminuer la toux, et de respecter l'estomac.—*Concours médical.*

Technique du massage.—Note présentée à la *Société française d'hygiène* par le Dr DESCOURTIS.—Le massage consiste dans l'application systématique et raisonnée d'un certain nombre de procédés mécaniques, qui ont pour but de ramener à l'état physiologique des organes languissants, fatigués ou malades. Il comprend les manipulations, les mouvements actifs ou passifs, et, en général, tout les procédés mécaniques utilisés en hygiène et en thérapeutique, pour faciliter les échanges nutritifs, pour rétablir l'équilibre du système nerveux et pour améliorer l'état des diverses fonctions organiques.

Nous passerons en revue, d'une façon spéciale, les procédés manuels que comporte le massage, et qui sont d'une application fréquente.

Le masseur, sans être un athlète, doit être assez bien musclé, mais il n'emploiera sa force qu'avec discernement, pour ne pas provoquer de douleur ni de ces extravasations sanguines si désagréables pour les femmes surtout.

La plupart des mouvements que comporte le massage sont des mouvements de glissement de la main sur les tissus. Aussi est-il nécessaire de faciliter ce glissement en enduisant d'un corps gras la main de l'opérateur et les parties à masser. On se sert, pour cela, d'huile, d'axonge ou de vaseline. Quelquefois, cependant, on peut substituer au corps gras une poudre dont le talc constitue la base.

Le massage exige rarement que l'on rase les parties sur lesquelles il doit porter. Enfin, il n'admet aucun intermédiaire entre la partie à masser et la main de l'opérateur. Il doit se pratiquer à nu.

Quant aux opérations mêmes du massage, elles se réduisent, en réalité, aux frictions et au pétrissage, auxquels nous ajouterons seulement les vibrations.

La *friction* peut être plus ou moins superficielle, et plus ou moins énergique. Lorsqu'elle est tout à fait superficielle et très douce, elle prend le nom d'*effleurage*.

L'*effleurage* consiste à passer légèrement la face palmaire de la

main ou la pulpe des doigts sur la région que l'on veut masser. Il se fait dans tous les sens, de haut en bas, de bas en haut ou circulairement. Dans la majorité des cas, il ne porte que sur des points assez limités des téguments, au niveau d'une entorse, par exemple, d'une arthrite ou d'une fracture. On se sert alors de la face palmaire du pouce que l'on promène circulairement sur la région malade pour gagner peu à peu les parties voisines. Quand la sensibilité est exaltée, comme dans une entorse récente, le pouce doit à peine toucher la peau, et ce n'est que lorsque l'hypesthésie a disparu lorsque le patient a repris confiance et qu'il s'aperçoit qu'il peut supporter le contact de la main du masseur, c'est alors qu'on arrive à l'effleurage vrai, pour terminer même par du pétrissage. Il faut donc toujours commencer le massage par des manipulations douces, qui ont pour but de tranquilliser le malade et d'établir une sorte de sympathie physique et morale entre l'opérateur et lui. Par conséquent, le masseur doit avoir la main relativement chaude, pour ne pas causer d'impression désagréable.

Après l'effleurage, vient la *friction* vraie, qui se pratique soit avec la main seule, soit avec un corps intermédiaire qui en augmente l'action, tel qu'un gant de laine ou de crin; on l'appelle friction sèche, quand elle est faite avec la main ou avec un gant sans autre intermédiaire, et friction humide, quand on y ajoute un liquide quelconque, alcool, eau de Cologne, etc. Elle doit toujours être faite de haut en bas, c'est-à-dire dans une direction centrifuge.

Contrairement à ce qui se passe pour la friction, on a l'habitude de faire le *pétrissage* de bas en haut, dans le sens de la circulation veineuse. On estime que l'on fait ainsi rentrer dans le torrent circulatoire les matériaux de dénutrition et les exsudats pathologiques dont on veut débarrasser les tissus.

Le pétrissage se pratique le plus souvent avec la face palmaire du pouce, ou bien, lorsqu'il faut déployer une grande force, avec le talon de la main. Il consiste dans des pressions et des mouvements de circumduction et de latéralité. Lorsqu'il s'adresse aux muscles, on doit suivre avec le pouce les espaces intermusculaires, puis saisir le muscle lui-même entre le pouce et les autres doigts et le malaxer de son extrémité périphérique à son extrémité centrale. La *malaxation* n'est en effet qu'une variété de pétrissage, qui se pratique principalement sur les tissus mous. Quand le massage doit se faire sur des masses musculaires volumineuses, on combine le pétrissage et la malaxation dans un mouvement analogue à celui qu'on ferait pour exprimer l'eau d'une éponge qui s'imbiberait sans cesse.

Dans le *massage à frictions*, nom impropre d'ailleurs, on alterne le pétrissage local avec le pétrissage ascendant. Quant au *fouillage*, à la *pression*, au *sciage* et au *pincement*, ils sont d'un usage très

restreint, et l'on comprend ce qu'ils doivent être, sans description spéciale. Nous ferons une exception pour une pratique fort usitée en massothérapie, et à laquelle nous avons donné le nom d'*expression*. Elle consiste à embrasser plus ou moins complètement, dans la paume de la main, la partie du membre sur laquelle on veut agir, et à chasser dans les vaisseaux, par une pression continue ininterrompue, les exsudats préalablement désagrégés par le pétrissage. Son nom indique bien que, par elle, on exprime et l'on chasse tous les liquides contenus dans le champ de l'opération. — Enfin, le *kammgriff* des Allemands s'exécute avec l'extrémité des premières phalanges, le poing étant fermé: c'est un procédé brutal qu'on emploie rarement.

Les vibrations comprennent, dans notre classification, les pressions brusques et répétées, accompagnées d'une percussion plus ou moins forte, et capables de solliciter la contraction des fibres musculaires de la vie organique et de la vie de relation. Les vibrations proprement dites s'exercent avec l'extrémité des doigts dans le massage de l'estomac et de l'intestin. Pour les muscles à fibres striées, on emploie de préférence les *tapotements*, les *claquements* et les *hachures*. Divers appareils ont été imaginés pour réaliser ce genre de massage, mais ils sont d'un usage peu pratique. Citons seulement le *massage électrique*, dans lequel on utilise les secousses produites par un appareil faradique, en mettant une des électrodes sur le bras de l'opérateur, et l'autre sur un point quelconque du corps du patient.

On allie souvent au massage les *mouvements actifs* et les *mouvements passifs*. Les premiers se font sous la direction du masseur, les seconds sont provoqués par lui-même ou par des machines, telles que celles de Zander. D'après ce système, chaque mouvement est commandé par un appareil spécial, agissant dans un but thérapeutique bien défini. La kinésithérapie, ou thérapeutique par les mouvements, est basée sur les mêmes principes. Quoiqu'il en soit, l'école française place toujours, et avec raison, les manipulations en tête du massage.—*Journal d'hygiène*.

Traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de cinchonidine, par H. VILLARD, in *Nouveau Montpellier médical*, 1er mars 1893.—L'auteur, dans un très intéressant mémoire, relate un grand nombre d'observations de fièvres intermittentes traitées par le sulfate de cinchonidine, et arrive aux conclusions suivantes :

1o Le sulfate de cinchonidine, détermine la disparition des accès de fièvre intermittente tout aussi sûrement que les sels de quinine et aux mêmes doses; il offre de plus une action très favorable contre l'anémie et les engorgements viscéraux du paludisme.

2o La disparition des accès survient le plus souvent dès le deuxième jour du traitement, quelquefois dès le premier, presque toujours un peu moins rapidement qu'avec les sels de quinine.

30 La dose de 1 gramme a paru habituellement amplement suffisante, mais il n'y a aucun inconvénient à aller jusqu'à 1 gr. 20 ou 1 gr. 50.

40 Les troubles physiologiques observés avec la cinchonidine ont été moins marqués et moins fréquents qu'avec la quinine.

50 La modicité du prix du sulfate de cinchonidine rend ce médicament précieux, et compense largement sa légère infériorité sur les sels de quinine, dont l'action est un peu plus rapide.

Indications de Phhydrastinine.—L'hydrastinine est indiquée dans les hémorrhagies liées :

10 A la puberté, à la ménopause, à l'hémophilie, sans lésion de l'utérus.

20 Aux congestions de l'organe dues à un processus pathologique de voisinage. Dans ce cas, le praticien traite l'affection primitive comme il convient.

30 Aux inflammations de l'utérus, sauf à l'endométrite fongueuse.

40 Aux tumeurs fibreuses de l'utérus. Le praticien se réserve d'intervenir plus efficacement si l'hémorrhagie persistait longtemps ou s'il se présentait des symptômes pénibles de compression.

Au contraire, l'hydrastinine est inefficace dans les métrorrhagies qui sont dues :

10 A la rétroflexion. La réduction de l'utérus, suivie de l'application d'un pes-aire de Hodge, ou l'hystéropexie, en cas d'adhérences, s'impose ici.

20 A l'endométrite fongueuse, qui relève essentiellement du curettage.

30 A la rétention de débris placentaires, qui est justiciable de la même intervention.

40 Enfin, à la subinvolution de l'utérus, qui réclame plutôt l'administration de l'ergotine et des douches chaudes. Certains cas d'atonie utérine ne peuvent être traités avec succès que par le courant électrique constant.

L'hydrastinine s'administre en injections hypodermiques ou en pilules, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour.—Dr VALÈRE COCQ.

Choléra.—*Bartholow.*

P.—Chloral hydraté.....	180 grains
Sulfate de morphine.....	1 grain
Sulfate d'atropine	$\frac{1}{4}$ "
Eau chloroformée	$\frac{1}{2}$ once
Eau distillée.....	$\frac{1}{2}$ "

M.—*Dose* : Vingt minimes, à répéter au bout de dix minutes, et renouveler au besoin, dans les cas où le choléra s'accompagne de crampes.

MEDECINE

Les dyspepsies de la chlorose et leur traitement.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Le savant maître rappelle que la dyspepsie est très fréquente chez les chlorotiques, qu'elle est très précoce et qu'elle présente des formes multiples qu'il importe de reconnaître au point de vue thérapeutique; car la dyspepsie peut entretenir, sinon provoquer, la chlorose. Le professeur donne relativement au traitement des indications précieuses que nous résumons rapidement.

La partie principale du traitement, dit-il, consiste dans l'hygiène alimentaire. Cette question nécessite une attention toute particulière. Dans bien des cas, il faudra imposer le régime qui sera modifié suivant les sujets, les chlorotiques ne devant pas être laissés à leurs instincts. Les uns mangent toujours, les autres attendent pour manger un appétit qui ne vient pas. Il faut en somme imposer une discipline à l'estomac.

Il faut surtout que la division des substances alimentaires soit complète pour permettre au suc gastrique d'exercer plus facilement son action. Il est souvent utile d'éviter au malade la mastication, car pressé de faire disparaître l'aliment qui le dégoûte, il l'avale rapidement et la dyspepsie augmente.

Il faut que la viande soit absolument divisée. Le mieux est de se servir du mortier en pierre ou en bois. On passe ensuite la viande au tamis métallique afin de ne recueillir que les parties véritablement divisées. Cette manière de faire permet encore de se mettre à l'abri des cysticerques, du ténia, que l'on peut rencontrer dans la viande de bœuf.

L'injection de la viande se fait ensuite sous forme de boulettes avec ou sans sucre. C'est là un procédé dont le malade se dégoûte vite. Le mieux est de faire prendre la viande avec du potage, à la condition que le mélange soit fait alors que le bouillon n'est encore que tiède. Si le bouillon est à une température élevée, la viande se met sous forme de grumeaux.

D'autres malades préfèrent mélanger la viande avec des purées de légumes. Si le malade éprouvait encore de la difficulté à avaler ce mélange, on peut le faire cuire sans grand inconvénient.

Il est une autre recommandation qu'il ne faut pas oublier.

Les chlorotiques sont toujours altérées et, pour combattre cette soif, elles ingèrent une grande quantité de liquides qui diluent le suc gastrique déjà trop peu actif.

Viennent ensuite les médicaments qu'il ne faut pas oublier, car

ils aident aussi la guérison. Mais la dyspepsie n'a pas ici d'indications particulières. Il faudra cependant varier les préparations suivant que le sujet est constipé ou au contraire a de la diarrhée.

Contre la chlorose, les pilules de Blancard, le fer, s'il est bien toléré, produira de bons résultats. En résumé, c'est surtout le traitement hygiénique qui doit prédominer dans la forme dyspeptique. Un peu d'exercice, la vie en plein air, l'hydrothérapie dans la mesure où elle est possible, les eaux thermales ne sont pas à négliger.—*Revue médicale.*

Traitement de la dyspepsie hyperchlorhydrique.— 1o *Supprimer les causes d'irritation de l'estomac par l'hygiène et l'alimentation*: Eviter les émotions, les préoccupations, le travail après le repas; massage, exercice modéré; suppression de l'alcool, du tabac, du thé, du café, des légumes en grandes quantités et des féculents. Bouveret montre que la viande est bien digérée. Donner aux repas de la viande, des œufs, des laitages, prendre la nuit un petit repas.

2o *Réduire l'acidité du suc gastrique*. Alcalins à hautes doses, jusqu'à 20-35 grammes par jour, sans crainte de la cachexie alcaline. Il formule comme suit:

Bicarbonate de soude.....	50 grm.
Craie préparée.....	10 grm.

pour 30 paquets: 2 paquets tous les heures après chaque repas, pendant 4 heures. Cette médication arrête les vomissements dans les cas graves d'hyperchlorhydrie: elles neutralise l'hyperacidité gastrique. Aucun autre médicament ne l'arrête ainsi.

3o *Prévenir et combattre les complications*: Ulcère de l'estomac, gastrorrhagie, dilatation. Dans ce dernier cas, le lavage rend des services.—*Moniteur de l'hygiène publique.*

Mort subite chez des obèses, par le professeur Kisch, in *Wiener Medecin. Presse.*—Pour faire suite à une précédente publication sur ce même sujet, l'auteur, qui exerce à Marienbad, publie trois nouvelles observations de mort subite chez des obèses.

La première de ces observations concerne un homme de 35 ans, chez qui une obésité, datant déjà de plusieurs années, s'était aggravée sous l'influence de l'abus des boissons fortes. Le malade avait la figure rouge, les lèvres cyanosées. Les efforts musculaires lui occasionnaient de violentes palpitations et quelquefois une sensation d'afflux sanguin vers la tête. La zone de matité précordiale avait une étendue exagérée; le choc précordial était très énergique, le pouls plein, tendu, habituellement très rapide, mais parfois aussi manifestement ralenti. OEdème des membres inférieurs. Insomnie. Le malade, sur les conseils de son médecin, vint faire une cure à Marienbad, où on le soumit au régime en

usage à cette station. Mais il continua de boire de grandes quantités de liquides alcooliques. Un soir, par un temps d'orage, il absorba une forte dose de cognac, se mit au lit, pratiqua le coït avec sa femme, se releva aussitôt après, et tomba mort.

Un autre malade, âgé de 45 ans, obèse depuis longtemps, était devenu ivrogne. Il s'était rendu à Carlsbad pour se faire maigrir. Il avait de l'hypertrophie cardiaque, un engorgement considérable du foie, du catarrhe pulmonaire, un peu d'albuminurie. Par moments il avait des accès d'adynamie cardiaque. Pendant sa cure, le malade buvait plusieurs litres de vin et jusqu'à une et deux bouteilles de cognac. Une après-midi, au moment où il se disposait à boire un verre de vin, il tomba mort.

Un troisième sujet, âgé de 70 ans, obèse, avait de l'artériosclérose, le cœur augmenté de volume, le pouls très plein, très rapide, des crises asthmatiques, un peu d'albuminurie. Pendant sa cure à Marienbad, on avait prévenu le malade des dangers que lui ferait courir tout exercice musculaire un peu exagéré. Malgré cela, le malade entreprit un jour, à pied, une ascension de montagne. Pendant la descente il mourut subitement.

Dans les trois cas, la mort a été foudroyante; ce mode de dénouement n'est pas rare chez les obèses, mais il est habituellement annoncé par une irrégularité complète et par un ralentissement du pouls, ainsi que par des accès d'angine de poitrine. Non pas que ces phénomènes soient toujours précurseurs d'une mort à brève échéance. D'autre part, ils peuvent manquer, et la mort foudroyante survenir néanmoins, lorsque l'obésité se complique d'alcoolisme chronique, ou d'une artériosclérose prononcée, ou d'une prédisposition héréditaire.

Sur 21 autopsies pratiquées par l'auteur chez des obèses morts subitement, il a trouvé, comme cause prochaine du dénouement fatal: 13 fois un œdème pulmonaire aigu, 7 fois une hémorragie cérébrale, 1 fois une rupture du cœur.

Un des malades en question est mort subitement, alors qu'il avait pratiqué le coït au sortir d'un repas.—*Revue gén. de méd.*

Traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, par M. JUHEL-RENOY.—M. Juhel-Rénoy résume d'une façon très précise, dans son livre (*Traitement de la fièvre typhoïde*, Paris, 1892), ce que doit être le traitement de cette maladie par l'eau froide, pour ceux qui veulent s'inspirer complètement de la méthode de Brand. La formule générale est simple. La voici :

Une fois le diagnostic établi, on donnera toutes les trois heures un bain de 18 degrés, d'un quart d'heure de durée, lorsque la température rectale s'élèvera à 39 degrés ou audessus. Il faut donc prendre la température toutes les trois heures, et toutes les fois qu'elle dépasse 39 degrés plonger le malade dans l'eau à 18 degrés.

Le malade éprouve naturellement une sensation désagréable

qui se traduit par du frissonnement. Au bout de dix à douze minutes environ, survient un *grand frisson*, avec grelottement intense, avec claquement des dents; le malade est retiré seulement après que ce frisson a duré quelques minutes, ce qui fait de douze à quinze minutes pour la durée totale du bain.

Les *indistes* purs, et M. Juhel-Rénoy est un des plus purs, estiment qu'il est nécessaire que l'eau soit aussi froide et que ce grand frisson survienne. Il n'y a quelque atténuation à apporter à la méthode que dans certains cas graves; nous y reviendrons tout à l'heure.

Pendant chaque bain, on fera de plus une affusion froide avec de l'eau à 10 degrés, sur la nuque du typhique, et des frictions sur les membres.

Les bains seront ensuite continués nuit et jour; on en donnera par conséquent huit par jour, si, en prenant la température rectale, on a chaque fois constaté 39 degrés.

Dans les cas "sévères", il faut corser la réfrigération. On considérera comme sévères les cas dans lesquels l'hyperpyrexie continue ne s'abaisse pas suffisamment sous l'influence de la réfrigération ordinaire; les cas dans lesquels le rein ne s'ouvre pas, où l'appareil pulmonaire s'encombre, où l'adynamie progresse sous toutes ses formes.

Voici les préceptes de l'auteur: "Premier bain à 26 degrés, deuxième bain à 24 et ainsi de suite, en diminuant de 2 degrés chaque bain, pour arriver, au huitième, à la température réglementaire de 18 degrés. Durée plus courte, huit à dix minutes. Nécessité d'obtenir et de prolonger le frisson, et pour cela, chez les malades dont la lutte contre la fièvre est très tenace, abaisser la température du bain jusqu'à 15 degrés. Affusion très froide (8 à 10 degrés) pendant toute la durée du bain, avec massage ou frictions énergiques sous l'eau sans arrêt."

Pour les formes malignes ou compliquées, "les premiers bains seront donnés à une température de 6 degrés inférieure à celle du malade; puis on ramènera progressivement la température à 27 ou 28 degrés, en faisant d'une façon continue des affusions très froides (8 à 10 degrés) au malade, les premiers bains seront très courts, très surveillés. A la moindre cyanose, le malade sera enlevé du bain et frictionné." La principale règle ici, dans ces formes graves, ce n'est plus la température, mais l'état général du malade.

Il ne faut pas réchauffer trop, ni couvrir trop les malades, au sortir du bain, ce que font volontiers les assistants, pris de pitié devant leur grelottement; c'est perdre en partie le bénéfice de la réfrigération obtenue. La chambre doit être tenue à une température fraîche (15 degrés) et convenablement ventilée.

M. Juhel-Rénoy fait boire largement ses malades. Ils prennent par jour "2 litres de lait cru et froid, quand on est sûr de sa

provenance, 1 litre de bouillon très léger et bien dégraissé, 1 litre d'eau fraîche et 1 de limonado vineuso. Le lait et le vin sont donnés avant, pendant et après le bain; les autres boissons dans l'intervalle, par très petites quantités à la fois, toutes les dix minutes, quand le malade est éveillé". Nous approuvons, pour notre part, ce souci de faire boire beaucoup les typhiques; c'est le complément logique de l'hydrothérapie froide, dont une des actions principales est de provoquer une abondante diurèse. C'est par les voies naturelles, le lavage de l'organisme, que d'autres ont proposé de faire par les injections hypodermiques d'eau (Sahli).

Dans les formes moyennes, M. Juhel-Rénoy donne de petites quantités d'alcool, dans les formes sévères de 100 à 120 grammes d'alcool dilué.

Nous avons réduit à ses lignes essentielles le traitement méthodique de la fièvre typhoïde par l'eau froide, tel que le pratique et conseille M. Juhel-Rénoy, c'est la pure doctrine de Brand.

Il faut s'incliner devant les faits et reconnaître que cette méthode sévère a donné de très bons résultats. M. Juhel-Rénoy, sur plus de deux cents cas ainsi traités, n'a eu qu'une mortalité de 8 p. 100, tandis que les autres méthodes donnent, d'après le rapport de M. Merklen à la Société des hôpitaux, une mortalité de 14 p. 100. M. Mollière, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, n'a eu, de 1887 à 1891, grâce à la méthode de Brand, sur cent soixante quatre malades, qu'une mortalité de 4.75 p. 100.

Quelle que soit la valeur générale de la statistique appliquée aux choses de la clinique, il faut bien convenir, en présence de ces chiffres, que ceux-là que les préjugés courants sur l'influence nocive du froid sur les fébricitants avaient le plus effrayés, pourront se rassurer. Ils pourront se convaincre qu'en plongeant des fiévreux à 39 ou 40 degrés dans de l'eau froide, on ne les expose pas aux pires dangers.

Si la méthode n'est pas dangereuse, est-elle au moins utile? Les partisans répondent par des chiffres: ils ont leur éloquence; mais il y a quelque chose de plus frappant, et qui a, pour ce qui nous concerne, entraîné notre conviction. Rien de moins typhique, en règle générale, que l'aspect du typhique, baigné. On ne constate plus chez lui ni la torpeur classique, ni l'enduit saburral de la langue, ni la pulvéulence des narines. Il a l'œil éveillé, le facies naturel, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, souvent il prend volontiers son bain, et s'en déclare soulagé. Le pouls est meilleur, la stase pulmonaire peu marquée, les urines abondantes, et c'est là un phénomène du meilleur augure. La comparaison s'impose lorsqu'on a l'occasion de voir successivement, dans des services hospitaliers différents, des typhiques baignés et des typhiques non baignés. Nous sommes donc intimement convaincu de l'excellence de l'hydrothérapie froide dans ces conditions, et

nous l'employons toutes les fois que l'occasion se présente, à notre grande satisfaction du reste.

Toutefois, il faut le dire, nous ne sommes pas un pur, nous ne nous inclinons pas avec une admiration muette devant la formule brandiste. Nous acceptons plus facilement l'esprit que la lettre de la méthode. Ses partisans soutiennent l'utilité de la nécessité du bain très froid et de la survenue du frisson.

Nous devons avouer notre faiblesse, nous n'avons pu nous empêcher d'être pris de pitié pour lui, lorsque nous avons vu plonger brusquement, dans de l'eau à 18 degrés, un malheureux malade dont la température rectale montait à 39 ou 40 degrés, ce qui fait la différence énorme de 21 à 22 degrés. Nous l'avons vu avec peine crier pour se défendre, claquer des dents, grelotter. Est-il nécessaire, indispensable ou simplement même meilleur, préférable de le soumettre à ce *choc froid*? D'autre part, est-il nécessaire, indispensable, ou même simplement meilleur d'attendre et de provoquer le grand frisson qui survient après dix à douze minutes d'immersion?

Riess a donné avec succès (trois morts sur cinquante-cinq malades) des bains tièdes prolongés à 31 degrés. Les bains duraient jusqu'à ce que la température axillaire fût descendue à 37 degrés, c'est-à-dire, en moyenne, deux ou trois heures. Des bains d'une durée aussi prolongée ne sont pas sans inconvénient, bien que l'auteur allemand prétende que les malades les supportent très facilement, sans fatigue.

Pour ma part, dans une dizaine de cas, j'ai donné des bains à 22 ou 23 degrés (à la température de l'eau abandonnée à elle-même en été) et j'y ai laissé les typhiques jusqu'au moment où la température de l'aisselle descendait à 37,0, 5. Les résultats ont été bons. Les malades prenaient, en général, leurs bains volontiers. Ils y séjournaient vingt à vingt-cinq minutes au besoin sans inconvénient.

J'évitais ainsi le grand frisson des *brandistes*, et cela, pour cette raison théorique, que le frisson est l'indice du refoulement du sang de la périphérie vers la profondeur de la peau, vers les viscères. Il est l'indice du réchauffement momentané des centres, grâce à la diminution de la déperdition du calorique par la peau momentanément anémiée. Est-il logique d'obtenir ce résultat? Non évidemment. Le grand frisson est pour nous le signe que le malade se défend contre la méthode de Brand, ou, si vous voulez que la nature le défend contre les conséquences d'une réfrigération poussée trop loin. Il me semble donc logique de rester en deça de ce grand frisson.

L'avenir démontrera, du reste, ce qu'il faut penser de tout cela. Les brandistes ne renonceront certainement pas, devant ces objections, au bain à 18 degrés et au grand frisson. Et, ou bien ils obtiendront des résultats supérieurs aux autres par un froid plus

intense et plus sévèrement infligé, ou bien les autres feront aussi bien qu'eux avec des méthodes mitigées ; il n'y aura, dès lors, rien qui rende l'intransigeance brandiste préférable à notre tiédeur schismatique.

En attendant, il y a un point qui nous paraît acquis: c'est que l'hydrothérapie froide est, à l'heure actuelle, ce qu'on peut faire de mieux contre la fièvre typhoïde.—*Gazette des hôpitaux.*

CHIRURGIE.

Du traitement antiseptique des plaies.—Clinique de Sir Joseph LISTER au *King's College Hospital*, de Londres, le 18 janvier 1893.—Il y a aujourd'hui cinq semaines que le malade que je vous présente a été opéré pour une fracture de rotule mal réunie. Il avait reçu un coup de pied de cheval sur le genou il y a un an. Malgré les soins de bons chirurgiens, son membre était dans de très mauvaises conditions. Il ne pouvait pas le soulever en extension ; bref, c'était un véritable impotent. Quand nous l'avons opéré, les deux fragments étaient très adhérents à l'os sous-jacent et séparés considérablement. L'opération fut difficile et longue, mais nous avons fini par mettre les fragments en contact et les fixer au moyen de deux forts fils d'argent. Le malade, comme vous le voyez, peut marcher à présent sans canne ; il peut mettre le membre en extension et le fléchir sous un angle limité. Il peut déjà se servir de son membre et, sans aucun doute, il aura avec le temps encore beaucoup plus de mouvement qu'il n'en a maintenant. Je vous cite ce cas là comme démonstration de ce que l'on peut faire avec l'antisepsie. Pour moi, une telle opération serait injustifiée si le chirurgien ne pouvait se dire, avec une certitude absolue, qu'il est tout à fait sûr d'éviter la contamination septique de la plaie. Si vous considérez les terribles désastres qui pourraient arriver d'une suppuration septique à la suite d'une telle opération, vous penserez, je crois, que j'ai raison.

Je me propose donc de vous faire quelques remarques sur les moyens que nous adoptons et les principes que nous suivons afin d'obtenir constamment des résultats aseptiques pour nos plaies. Il y a deux buts à poursuivre : 1^o éviter pendant l'opération d'introduire dans la plaie des substances capables d'y produire des changements septiques ; 2^o panser la plaie de façon à prévenir ultérieurement les accidents septiques.

Pour ce qui est du premier point, le progrès moderne des scien-

ce nous a donné beaucoup de facilité de simplifier nos procédés. Lorsque j'ai abordé pour la première fois ce sujet—sachant que nos plaies, à de rares exceptions, subissaient des suppurations putrides—il était naturel de supposer qu'elles étaient un terrain très favorable pour le développement des organismes septiques. Des expériences de Pastour nous savions que l'air de tout lieu habité abonde en microbes de différentes sortes. Nous n'avions pas encore appris alors à distinguer parmi les différents microorganismes, et il n'y avait pas à douter que ce ne fût un quelconque de ces microbes qui, introduit dans une plaie, produisait des accidents sérieux. Heureusement, nous savons, à l'heure qu'il est, que les choses se passent différemment, et cela pour deux circonstances. Tout d'abord, nous savons que le sérum normal n'est nullement un terrain favorable pour le développement des bactéries, si elles sont dans des conditions atténuées—pas en une forte quantité. Je vais vous expliquer ma pensée par une expérience.

Si, avec des précautions antiseptiques, nous mettons du sang de cheval ou de bœuf dans des bouteilles purifiées et hermétiquement closes et les plaçons dans une étuve à la température du corps humain, le sang sera toujours inaltéré. Si j'enfonce la pointe de la plus fine aiguille dans du sang déjà putréfié et que je touche avec cette aiguille ainsi contaminée au sang d'une des bouteilles placée de nouveau dans l'étuve, il est absolument certain qu'au bout de 24 heures le sang sera entièrement infect et putride. Mais, si au lieu de me servir de sang putréfié lui-même j'y ajoute de l'eau stérilisée en abondance de façon à disséminer largement les bactéries, les lavant en même temps de leurs produits, je trouve qu'une petite goutte de ce sang dilué, bien que très riche en bactéries ne parvient pas longtemps à produire la putréfaction. La substance putride grossière, si je puis m'exprimer ainsi, cause inévitablement la putréfaction du sang, tandis que la bactérie lavée et largement disséminée est incapable de le faire.

Il y a un second point encore plus important, à savoir, que le corps vivant possède la propriété de se défendre contre les microbes introduits en lui, principalement, semble-t-il, grâce au processus phagocytosique, découvert par Metchnikoff, de façon que si les microorganismes ne sont pas introduits en très grande quantité, ils sont détruits par des cellules migratrices.

Donc, les sciences modernes nous ont appris les deux grandes vérités suivantes : que le sérum normal n'est pas un terrain favorable pour le développement des microbes atténués, et que les bactéries introduites dans les tissus dans une forme peu concentrée sont chassées par la phagocytose. Il en résulte que les microbes, dans la forme où ils se trouvent dans l'air, sont incapables de se développer dans une plaie. Ainsi nous pouvons négliger dans nos opérations la poussière atmosphérique, autrefois si redoutée.

Ainsi nous pouvons nous dispenser complètement des irrigations,

soit sous forme de spray, un des moyens d'irrigation, soit sous toute autre forme ; à vrai dire, nos opérations pourraient se faire avec la même simplicité que dans les années précédentes. Ce que nous devons poursuivre, c'est de prévenir l'introduction dans nos plaies, pendant l'opération, des formes grossières des semences septiques, celles, par exemple, qui sont dans les éponges malpropres, dans les instruments sales ou dans une substance sale sur nos mains ou la peau du malade. Aussi l'entourage du champ opératoire doit être pris en considération. Pour cette cause nous couvrons la région tout autour du champ opératoire avec des compresses imbibées d'une solution antiseptique, dans le vrai sens du mot, et alors nous sommes tout à fait sûr, en touchant à un objet de voisinage, qu'il n'en peut résulter aucune chance de contamination de la plaie.

Le meilleur moyen pour nettoyer les éponges, etc., semble être toujours l'agent que j'ai employé d'abord : l'acide phénique. Dans le temps, à la suite des publications de Koch sur le sublimé corrosif, ce dernier a détrôné l'acide phénique dans la pratique chirurgicale. Cela prouve cependant que Koch, malgré toute son intelligence, fut induit en erreur à un certain point en exagérant le pouvoir germicide du sublimé. En réalité, ce dernier est beaucoup inférieur à la solution phéniquée pour l'emploi chirurgical. C'est une circonstance heureuse pour nous autres chirurgiens que les organismes dont les spores ont le plus de résistance ne nous troublent pas dans nos opérations chirurgicales. Par exemple, le bacille du foin, qui se développe sûrement dans une infusion de foin exposée pendant un certain temps, possède des spores d'une très grande résistance ; mais ce même bacille supposé introduit dans une plaie ne produirait aucun mal. Il en est de même du bacille du charbon qui a des spores très résistants ; mais si nous prenons la précaution de traiter le catgut dont nous nous servons avec un antiseptique qui tuerait certainement les spores anthracoides dont était affecté l'animal qui nous a fourni ses intestins pour le catgut, nous n'aurons jamais de charbon dans nos plaies. Ceux auxquels nous avons affaire comme à nos ennemis chirurgicaux, sous forme de microbes, sont presque exclusivement des microcoques sans spores. Quelques-uns sont cependant beaucoup plus résistants que les autres. Le staphylococcus pyogenes aureus — cause très commune de suppuration — est très résistant. Il est prouvé maintenant qu'en solutions employées en chirurgie, l'acide phénique détruit cet organisme beaucoup plus rapidement que ne le fait le bichlorure de mercure.

Il existe cependant un bacille sporigène à qui nous, chirurgiens, avons trop souvent affaire, c'est le bacille tuberculeux. Il y a quelques années, M. Yersin institua des expériences à l'Institut Pasteur sur le pouvoir germicide des différents agents sur le bacille tuberculeux cultivé dans la gélatine glycinée. Je ne veux

point entrer dans les détails de ses expériences, mais si vous vous reportiez à ces documents, vous verriez qu'elles sont fort belles et très judicieuses. Il a trouvé qu'une solution phéniquée au 1-20 tuait les bacilles en 30 secondes; la solution au 1-100 en une minute, tandis que le sublimé au 1-1000 demandait 10 minutes pour leur complète destruction.

Bien que le bacille tuberculeux, ainsi développé, semble réellement avoir eu des spores, ces spores cependant sont moins résistants que ceux que nous rencontrons développés dans le corps vivant pendant notre pratique chirurgicale; dans la salive, par exemple, il sont de beaucoup plus résistants. Dernièrement, j'ai prié mon collègue, le professeur Crookshank, de faire pour moi quelques expériences relatives aux bacilles tuberculeux se trouvant dans la salive des phtisiques, c'est ce qu'il s'est empressé de me faire.

Je veux vous apporter en détail la manière de procéder. Le 13 décembre 1892, trois cochons d'Inde ont été inoculés sous la peau de la cuisse d'un peu de salive traitée avec la solution phéniquée. Une certaine quantité de salive a été introduite dans un tube à expérience, on y a ajouté de la solution phéniquée au 1-20, cinq fois environ le volume de la salive; le tout a été agité, et après un certain temps le liquide surnageant a été séparé et précipité. Après y avoir versé de l'eau stérilisée en abondance, on l'agita avec le précipité pour laver de l'acide phénique, et une partie du précipité nouvellement formé fut injectée au moyen d'une seringue stérilisée dans la cuisse de l'animal. Si les bacilles étaient détruits, il n'en résulterait aucun mal pour l'animal; si, au contraire, ils restaient vivants, cela se manifesterait dans le temps nécessaire par un engorgement des ganglions inguinaux touchés par le tubercule. Une partie de la salive a subi l'action de la solution phéniquée pendant une heure, une 3e partie pendant quatre heures.

Trois expériences précises pour contrôler furent faites, c'est-à-dire 3 cochons d'Inde furent inoculés avec de la salive qui n'était pas traitée du tout par l'acide phénique, mais par de l'eau stérilisée d'une manière identique. J'ai vu hier ces cochons d'Inde. Les trois qui avaient été inoculés avec la salive non traitée avec l'acide phénique, avaient tous l'engorgement de ganglions inguinaux correspondant, preuve que le tubercule s'y est développé. Celui qui a reçu la salive traitée par l'acide phénique au 1/20, pendant une minute, avait certainement un engorgement, mais excessivement petit en comparaison des autres. Les deux inoculés avec la salive traitée par l'acide phénique plus longtemps, dans un cas pendant une heure, dans l'autre pendant quatre heures, semblaient avoir les aînes absolument saines. preuve que les bacilles tuberculeux, dans cette forme plus résistante où nous pouvons les trouver, ont été complètement détruits par l'acide phénique au 1/20 agissant sur

eux pendant ces périodes de temps, tandis qu'il suffisait d'une minute seulement pour les altérer.

C'est une chose très satisfaisante pour moi, car cela donne la démonstration expérimentale de la vérité dont je suis depuis longtemps convaincu que nous n'avons pas à craindre les bacilles tuberculeux dans nos éponges si nous les conservons pendant un temps considérable dans une solution phéniquée au 1/20.

La manière dont sont traitées nos éponges est la suivante : elles sont bien lavées avec du savon et de l'eau, ensuite avec de la soude ; puis de nouveau bien lavées dans l'eau ; et enfin, desséchées, elles sont trempées dans une solution phéniquée au 1/20 jusqu'à nouvel emploi. Pour ma part, dans mes opérations en ville, je nettoie mes éponges d'une manière un peu rapide et rude. Après l'opération, je mets mes éponges dans un bassin d'eau où je les laisse se putréfier. La fibrine adhérente aux pores des éponges se liquéfie par la putréfaction. Elles peuvent alors être très proprement lavées de leur fibrine, et ce lavage est continué jusqu'à ce qu'elles ne donnent plus à l'eau de coloration rouge. Elles sont alors mises dans une solution phéniquée au 1/20 et y conservées. Dans ma pratique d'Edimbourg, j'avais l'habitude de procéder encore plus vite. Après avoir retiré les éponges du bassin de putréfaction, je les lavais dans de l'eau, et parfois, lorsque j'étais pressé, je les plongeais dans une solution phéniquée au 1/20, même avant que l'eau qui en sortait ne perdît sa coloration rouge, pour les employer séance tenante à l'opération. Je me servais d'abord de l'éponge ainsi préparée immédiatement pour exercer une pression élastique sur la plaie et pour faire absorber le sang et le sérum, et ensuite je faisais ma toilette antiseptique extérieure sans mauvais résultats. Tous ces faits-là, je crois, vous convaincront assez qu'il ne faut pas délaissier, comme on le fait parfois, ces fort précieux objets et les remplacer par du coton stérilisé ou d'autres tissus, incomparablement inférieurs aux éponges pour l'absorption du sang.

La même solution au 1/20 nous sert pour nettoyer nos instruments, nos mains, et la peau du malade. Pour les instruments il est beaucoup plus commode de pouvoir les purifier avec une telle solution que de les faire bouillir, comme on le fait souvent. C'est bon dans un grand hôpital où vous avez toutes les commodités pour faire chauffer, à la température voulue, vos instruments ou pour les stériliser, mais dans la pratique privée c'est un grand inconvénient que d'avoir à faire bouillir, chauffer, vos instruments et même quand vous les avez fait bouillir et les avez apportés stérilisés à l'opération, il arrive souvent qu'un instrument tombe par terre ou vient se mettre en contact avec une source de contagion. Vous ne pouvez pas les faire bouillir de nouveau avant de commencer l'opération, tandis qu'un bain phéniqué est tout de suite à votre disposition.

Quant au temps pendant lequel les instruments sont plongés dans la solution, cela dépend en grande partie des soins avec lesquels vous lavez vos instruments avant de les y mettre. Ceux qui ont des dents, comme les pinces, demandent une attention spéciale. Ils doivent toujours être brossés avec une brosse à ongles avant qu'ils soient séchés, de façon qu'il n'y ait pas de croûtes, des caillots de sang coagulé que la solution phéniquée mettrait un temps considérable pour pénétrer. Si cela avait été fait, il faut très peu de temps pour la stérilisation. Dans la pratique privée je mets les instruments dans la solution phéniquée 1/20 juste avant que le malade soit amené dans la salle d'opération. Ils continuent à y être plongés pendant qu'on donne le chloroforme et qu'on fait les autres préparatifs, et cela dépend absolument de ce que nous nous proposons de faire. Il importe beaucoup de ne pas compliquer les choses inutilement.

Il en est de même du nettoyage de la peau du malade. Il n'est pas nécessaire d'y faire un lavage antiseptique pendant des heures, comme on le fait parfois; l'action d'une solution phéniquée au 1/20 pendant quelques minutes est réellement suffisante. Le lavage phéniqué produirait une irritation sérieuse dans le nettoyage des paupières avant des opérations sur les yeux. Dans ce cas particulier, une solution faible de sublimé, appliquée sur les compresses, est probablement ce qu'il y a de mieux. On doit le continuer, cependant, pendant longtemps.

En méritant plus de confiance que le sublimé comme germicide pour les usages chirurgicaux, l'acide phénique doit être beaucoup préféré à d'autres points de vue. L'acide phénique a une affinité puissante pour l'épiderme; en pénétrant profondément dans sa substance, il se combine avec les substances grasses en toute proportion. La solution de sublimé, au contraire, ne peut pénétrer le moins du monde rien de gras; et c'est pourquoi, la peau étant grasse, ceux qui s'en servent sont obligés de prendre des précautions pour nettoyer la peau, la traitant avec de l'essence de térébenthine ou de l'éther, sans parler du savon et de l'eau, pour enlever la graisse dont ils savent qu'il est essentiel de se débarrasser pour que le sublimé agisse efficacement. Tout cela est superflu avec l'emploi de la solution phéniquée. Je peux le confirmer d'après une très longue pratique. Pour ma part, je n'emploie jamais de savon, ni d'eau.

J'ai confiance dans l'acide phénique qui, par son pouvoir pénétrant et sa grande affinité pour les substances organiques, nettoie le téguement dans une telle mesure que les sels inorganiques, comme le sublimé, ne peuvent lui être comparés.

Nos éponges, pendant l'opération, sont lavées dans une solution phéniquée au 1/40. Vous allez voir de quelle importance il est d'avoir des élèves et des aides prudents.

À la vérité, il faut assez de peine pour leur apprendre toutes

les précautions, simples, mais très importantes, qui sont nécessaires pour éviter la contagion des plaies avec les substances septiques. Mais, enfin, comme nous ne pouvons pas être toujours bien sûrs de ce que nos aides soient aussi soigneux que nous le voulons, nous lavons la plaie, avant de la fermer, avec une solution phéniquée au 1/40. Cela irrite beaucoup moins que le spray pour lequel on employait une solution plus forte durant toute l'opération; avec l'irritation diminuée il y a aussi moins d'écoulement séreux, et aussi nécessité moindre de drainage.—*A suivre.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Sur quelques complications du travail et des suites de couche dans les cardiopathies.—M. le Dr H. VILLEPRAND a étudié, dans sa thèse, certaines complications d'évolution assez spéciale pouvant survenir chez les femmes atteintes d'affections cardiaques. Parmi les accidents qui font le sujet de cette étude, il en est qui méritent principalement d'être signalés.

Tandis que dans les cas ordinaires, l'affection cardiaque s'aggrave graduellement et continue son évolution après l'accouchement, il est un certain nombre de faits où, après la délivrance, le cœur se calme rapidement et revient assez vite à son état antérieur. Mais il est encore une autre catégorie de faits où, après que les phénomènes asystoliques provoqués par l'accouchement ont disparu, une nouvelle crise se produit quelques heures plus tard.

Après un calme relatif dont la durée n'est jamais très longue, tout d'un coup, la malade recommence à se sentir suffoquée. La dyspnée devient rapidement considérable, la vue se trouble, le cœur affolé manifeste sa faiblesse par ses battements tumultueux, sourds et irréguliers; l'œdème gagne en peu de temps les poumons, l'asphyxie se prononce de plus en plus: le danger est extrême. Si l'on n'intervient pas rapidement, la malade succombe après une courte lutte. M. Villeprand a observé deux cas de ce genre dans le service de M. Tarnier.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui ne se savait pas atteinte d'une maladie de cœur. Lorsqu'elle se présenta à la consultation, pour s'enquérir du terme probable de sa grossesse, on constata qu'elle était atteinte d'insuffisance mitrale, et on lui conseilla d'entrer. Bien lui en prit, car elle accouchait la nuit suivante, à deux heures du matin. Dès le début des douleurs, elle commença à se sentir gênée pour respirer, et bientôt la dyspnée,

rapidement croissante, fut extrême. La délivrance fut terminée à 2 heures 40 du matin. Une certaine rémission succède, et la malade peut respirer à son aise. Mais vers dix heures du matin nouvelle recrudescence des accidents asphyxiques. La cyanose augmente, le visage se couvre de sueurs froides. la vue se trouble; la malade se sent défaillir. M. Tissier, chef de clinique, pratique immédiatement une saignée abondante au bras gauche, et l'amélioration se montre aussitôt. La journée se passe assez bien. Le soir, même retour offensif des phénomènes d'asystolie, dont on parvient à se rendre maître par l'application d'un grand nombre de ventouses sur le thorax, et par des injections d'éther et de caféine. La malade est soumise pendant quelques jours à la digitale, et elle quitte l'hôpital, complètement rétablie, quelques jours après.

Certes, les cas de ce genre sont fort rares, dans lesquels une maladie de cœur jusque là ignorée peut atteindre si rapidement un tel état de gravité. Mais, ils sont d'autant plus intéressants à signaler.

Habituellement, il y a eu des précédents qui ont signalé la cardiopathie. Tel est le cas relaté dans la seconde observation. Ici, il y avait depuis un certain temps des complications graves, et l'accouchement eut lieu au milieu de phénomènes particulièrement inquiétants. Il s'agissait, en outre, d'une grossesse gémellaire, circonstance qui devait naturellement accroître la gêne circulatoire. M. Tissier termina rapidement l'accouchement par une application de forceps pour le premier enfant, et la version pour le second. Extraction manuelle des placentas séance tenante. A midi et demi tout était terminé. Une grande rémission de tous les phénomènes graves suivit. Mais, vers quatre heures du soir, nouvelle crise d'asystolie. La marche en fut si rapide, qu'à cinq heures, au moment où M. Tissier la vit, la femme était moribonde. Par acquit de conscience, et sans espoir de succès, M. Tissier pratique une saignée copieuse, et quel n'est pas son étonnement et celui de tout l'entourage, lorsqu'on voit cette femme reprendre peu à peu connaissance, la respiration se régulariser, et une amélioration complète succéder et se maintenir. Quelques jours après, la femme quittait la clinique.

La reprise des accidents avait eu lieu environ quatre heures après la délivrance. Dans le premier cas, c'était huit heures après. On voit que cette période de rémission est variable. On a vu l'accès de suffocation se produire à la sortie du délivre et durer vingt minutes, alors que l'accouchement s'était très bien passé. Plus souvent, l'amélioration a duré jusqu'au second jour; au troisième, au quatrième, au septième. Enfin, dans une observation, l'amélioration pendant les couches a duré jusque vers le 23^e jour, où la femme est morte.

Ces accidents paraissent être dus à l'épuisement du cœur d'une

part, et, d'autre part, à la paralysie qui résulte de la surdistension que provoque l'afflux du sang chassé par la rétraction de l'utérus.

Au point de vue du traitement, il est nécessaire de surveiller le cœur des femmes enceintes, de tonifier les malades, d'éviter toute cause de fatigue pour les mettre dans les meilleures conditions possibles.

Au moment de l'accouchement, il faut se borner à surveiller attentivement la parturiente, et être prêt à terminer rapidement l'accouchement si la nécessité s'impose. A ce moment, même en l'absence de tout phénomène grave, on peut commencer à donner la digitale de façon à renforcer l'énergie du cœur, et lui permettre de lutter avantageusement contre les causes d'épuisement qu'engendre le travail. On évite aussi par ce moyen les accidents des suites de couches.

Lorsque la dyspnée devient menaçante, que la cyanose des lèvres et l'asphyxie croissantes mettent la vie en danger, il faut avoir recours immédiatement à la saignée. Celle-ci doit être de 300 grammes au minimum. Mais le plus souvent il faudra aller jusqu'à 500 grammes. Concurrément, la caféine et l'éther en injections sous-cutanées seront employés avec avantage. L'œdème pulmonaire sera combattu par ces moyens et par une dérivation énergique au moyen de ventouses sèches. Si la digitale n'a pas été encore prescrite, on l'ordonne, naturellement, et on en continue l'emploi pendant quelques jours.

Hémorrhagies utérines chez les femmes âgées.— M. le Dr MONOD a fait une intéressante communication sur ce sujet à la Société de gynécologie de Bordeaux, reproduite par le *Journal de médecine de Bordeaux*.— Toute hémorrhagie utérine survenant après la ménopause est à bon droit tenue pour suspecte et constitue presque toujours le symptôme avant-coureur d'une lésion grave de l'utérus. Cependant les métrorrhagies ne sont pas fatalement l'indice d'un néoplasme utérin. Telle femme qui a cessé d'être réglée depuis dix ans s'aperçoit qu'elle recommence à perdre du sang. Le chirurgien pratique alors un examen minutieux dont les résultats sont absolument négatifs. M. Monod a observé récemment trois faits de ce genre qui peuvent se résumer ainsi : hémorrhagies utérines rebelles survenant chez des femmes, bien portantes d'ailleurs, qui ont cessé d'être réglées depuis longues années et ne présentent aucune lésion appréciable des organes génitaux. Ces hémorrhagies peuvent être dues à diverses causes, locales ou générales. Les causes *locales* sont : 1^o la *métrite*, qui n'est pas rare dans la vieillesse, bien qu'il semble au premier abord que l'atrophie sénile de l'utérus soit peu compatible avec la persistance d'un processus inflammatoire ; la ménopause, en effet, amène souvent la guérison de la métrite fongueuse et l'améliore presque

toujours. Les auteurs rapportent cependant plusieurs cas de prolongation de cette affection jusqu'à un âge avancé (Sinéty, Trouseau, Bourlet). Barié cite même, d'après Tilt, un cas d'endométrite aiguë avec hémorrhagie chez une femme de soixante-quatre ans; 2o une *tumeur fibreuse* interstitielle, assez petite pour échapper à l'exploration et assez rapprochée de la muqueuse pour y entretenir un état congestif permanent; 3o l'existence de *polypes muqueux* cachés dans l'intérieur de la cavité utérine; 4o l'*épithélioma de la muqueuse utérine*, la plus fréquente parmi les lésions non apparentes d'hémorrhagies chez les femmes âgées. M. Coyne a récemment appelé l'attention de la Société sur cette affection, mieux connue de nos jours, et dont l'histologie et la clinique montrent la fréquence. Gussorow a pu en réunir 122 cas. Cette forme de cancer utérin est plus propre aux femmes âgées que le cancer du col.

En dehors de ces faits, il existe des cas où nulle cause locale ne peut être invoquée. Il faut alors admettre l'hypothèse d'une métorrhagie essentielle, ou plus exactement d'une métorrhagie liée à une *cause générale*. Les *traumatismes* chirurgicaux ou accidentels ont produit des épistaxis utérines. M. Terrillon a signalé ce fait en 1874, mais ne l'a observé que chez les femmes encore réglées ou de ménopause récente. M. Mossé a publié, en 1876, l'histoire d'une femme de soixante-sept ans, non réglée depuis quinze ans, chez laquelle la ponction d'un kyste de l'ovaire avait provoqué un écoulement sanguin vaginal et le retour des phénomènes cataméniaux subjectifs ordinaires.

Les *maladies générales* peuvent susciter une hémorrhagie pour l'utérus comme pour tout autre organe. Martin (de Berlin) avoue avoir examiné plusieurs femmes métorrhagiques sans découvrir chez elles le moindre état pathologique palpable. Les métorrhagies surviennent quelquefois, dit-il, chez les phthisiques, assez souvent dans les maladies du cœur, du foie ou des reins. Scanzoni a vu, chez une femme de soixante-quatre ans, des pertes sanguines revenir toutes les trois semaines; on trouva à l'autopsie les ovaires atrophiés et les métorrhagies furent rattachées à une affection cardiaque. L'histologie de l'utérus sénile explique ces localisations hémorrhagiques; la substance musculaire est d'une friabilité notable, en même temps que les vaisseaux artériels, rigides et grossis, sont manifestement athéromateux.

La *polysarcie* est aussi une importante cause prédisposante.

Dancel a publié, en 1886, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un mémoire qui met ce fait en lumière. Une observation y a trait à une femme obèse de cinquante-huit ans, non réglée depuis quatre ans, prise de métorrhagies à la suite de grandes fatigues.

Rien aux organes génitaux. L'écoulement sanguin, rebelle aux injections astringentes, cède à un traitement antiobésique. Dancel

invoque le défaut de tonicité des tissus imbibés d'eau et l'état aqueux du sang pauvre en globules.

En somme, si le diagnostic de métrorrhagie essentielle ne doit être posé qu'avec une extrême réserve chez les femmes âgées, il n'en est pas moins vrai qu'il est des cas où chez elles on peut rencontrer des métrorrhagies en dehors de toute lésion locale.

Les applications du tamponnement utérin; son innocuité, par M. AUVARD.—Le tamponnement intra-utérin à l'aide de gaze iodoformée est un excellent moyen hémostatique, exempt de dangers, et qu'on peut employer dans les circonstances suivantes:

- 1o Hémorrhagie après accouchement;
- 2o Hémorrhagie après avortement;
- 3o Hémorrhagie post-partum;
- 4o Hémorrhagie après curettage;
- 5o Hémorrhagie après myomectomie vaginale.

Voici le résumé de ma pratique personnelle :

1o Douze cas de tamponnement intra-utérin pour hémorrhagie de la délivrance après l'accouchement à terme ont donné dix guérisons et deux morts, l'une de tuberculose, deux mois après l'intervention, l'autre de septicémie, dix jours après l'accouchement. Le second cas pourrait seul être compté au passif de la méthode.

2o Après l'avortement, j'ai eu recours au tamponnement intra-utérin, tantôt après évacuation complète de l'utérus (3 cas), tantôt pendant le décollement placentaire (4 cas). Dans les 7 cas, il y a eu guérison. En outre, 5 cas de tamponnement après extraction du placenta m'ont donné 5 guérisons.

3o Pendant le post-partum, je n'ai appliqué le tamponnement qu'une seule fois. Guérison.

4o Huit fois après le curettage d'utérus cancéreux et quatre fois après le curettage pour endométrite simple, j'ai pratiqué le tamponnement, toujours avec succès.

5o Dans cinq cas, l'ablation d'un myome par la voie vaginale a nécessité, à cause de l'hémorrhagie, le tamponnement utérin. Les cinq femmes ont guéri. — *Congrès de Gynécologie, Bruxelles, 1892.*

La gynécologie pratique à Reims.—(1) Dès ce moment commence le deuxième temps de l'opération. Le cul-de-sac postérieur est ouvert, on y fait passer par le vagin une large pince; en ouvrant celle-ci on déchire ce cul-de-sac postérieur et on augmente autant que nécessaire l'ouverture, puis, dans les mors de la pince, on introduit les deux chefs des deux ligatures des pédicules, et avec la pince, on les attire dans le vagin, d'où ils sortent formant deux longs pédicules. Le petit bassin est ainsi fermé par la face antérieure, péritonéale de l'utérus, et il suffit de

(1) Suite et fin.—Voir le numéro de d'avril, p. 215.

mettre un point de suture entre le rectum et cette surface pour que la cavité péritonéale totale soit reconstituée.

Les deux pédicules utéro-ovariens sont saisis aussi haut que possible avec deux grandes pinces (qu'on laisse dans le vagin pendant quarante-huit heures) et sectionnés au ras de pince. Le ventre est refermé, l'opération est terminée.

Nous l'avons vu achevée, et dans un cas difficile, en moins de vingt-cinq minutes. Le Dr Doyen nous a montré une autre malade qu'il a opérée il y a trois jours dans les mêmes conditions, les pinces étaient enlevées et la malade ne semblait pas avoir subi une opération.

Comme pansement, de la gaze stérilisée et de l'ouate, aucun antiseptique.

La seconde malade était une pylorectomie projetée, malheureusement l'incision dut rester exploratrice. Après avoir examiné l'estomac, on reconnut qu'il existait un semis généralisé à tout l'abdomen. Toute intervention devenait illusoire et la malade dut être reportée dans son lit. Nous avons pu cependant voir comment étaient préparés les instruments. Le Dr Doyen se sert, pour ses pylorectomies il en est à sa 19^e) d'aiguilles en acier trempé, à chas ouvert et qu'il porte sur des pinces à forcipressure. Toutes ses aiguilles sont enfilées d'avance, et c'est ainsi qu'il peut très rapidement, par sa suture en surjet interrompu tous les trois points, faire les trois plans de suture qu'il recommande dans toute intervention sur le tube digestif.

La 3^e, la 4^e et la 5^e malade furent des hystérectomies vaginales.

La 3^e était une femme âgée à gros utérus que l'on supposait atteint de cancer de la cavité. Il fut enlevé en quatre minutes, montre en main, procédé qui fut répété pour les deux autres malades. L'utérus fixé par des pinces, un coup de ciseau en avant jusqu'au cul-de-sac péritonéal ouvert du premier coup et déchiré avec le dos des ciseaux, un coup de ciseaux sur le cul-de-sac postérieur ouvert de même, puis incision, toujours aux ciseaux, sur la ligne médiane de la paroi antérieure de l'utérus jusqu'au bord supérieur. Sur les lèvres de l'incision utérine sont placées les pinces qui tirent l'utérus jusqu'à ce que, se recourbant en avant, le bord supérieur devienne accessible. Le doigt est alors introduit le long de la face postérieure jusqu'au cul-de-sac recto-utérin, puis une pince longue à mors droits est placée de haut en bas, *obliquement, de dehors en dedans*, en dehors des trompes et des ovaires en haut, en contact avec le museau de tanche en bas, et prend tout le ligament large à droite; même manœuvre à gauche. Les ligaments sont coupés au ras des pinces, laissées à demeure. Une compresse de tarlatane stérilisée est laissée dans le vagin. La malade est reportée dans son lit.

La 4^e était une femme atteinte de kyste dermoïde du ligament large gauche, d'un kyste séreux de l'ovaire droit. Durée de l'opé-

ration : *neuf minutes*. Même début que pour la malade précédente. Un coup de ciseaux en avant du col jus qu'au cul-de-sac péritonéal, ouvert d'emblée. Un coup de ciseaux en arrière du col jusqu'au cul de-sac péritonéal, mais ici on ouvrit dès ce premier et unique coup de ciseaux le kyste dermoïde occupant le cul de-sac de Douglas. Il en sortit une masse pâteuse demi-solide, jaune mais; par cette incision, évacuation de toute la masse, nettoyage et lavage répété et abondant de la cavité, puis extirpation de l'utérus comme précédemment, ainsi que de l'ovaire et de la trompe droite; cet ovaire dut être évacué, il présentait un kyste séreux.

Enfin la dernière malade était une jeune femme qui, depuis de longues années, était atteinte de salpingo-ovarite à poussées irrégulières, la mettant dans l'impossibilité de gagner sa vie. L'hystérectomie vaginale fut très simple et dura à peine *six minutes*. L'utérus fut enlevé portant à ses deux cornes appendus les trompes et les ovaires. Cependant un des ovaires ayant été enlevé à moitié, le Dr Doyon fut obligé d'aller chercher l'autre moitié et dut mettre une pince de plus sur le pédicule, ce dernier ovaire ayant échappé à la pince principale.

Cette série opératoire était terminée à midi et demi. Si l'on songe au temps nécessaire pour le transport des malades, l'administration du chloroforme, la désinfection préalable de chaque malade, on sera stupéfié du peu de temps qui a été employé pour faire deux laparotomies et trois hystérectomies vaginales, et cela avec *un seul aide*, le Dr Roussel, sans personne pour passer les instruments, sans personne pour les préparer.

Ici doit se mettre en ligne de compte l'installation vraiment merveilleuse de la salle d'opérations du Dr Doyon. Les malades sont couchées sur le lit de Mariaud, placé au centre de la salle, celle-ci est éclairée au nord par deux grandes baies vitrées. Dans un angle une série de flacons que l'on peut chauffer au thermosiphon et contenant : acide phénique, sublimé ou eau stérilisée. A chacun d'eux est annexé un long tube de caoutchouc qui peut se tendre jusqu'au niveau de la malade. Au-dessous de ces flacons s'en trouve un où le vide peut se faire absolu en tournant un simple robinet qui le met en communication avec une pompe d'Alvergnyat placée à l'étage au-dessous; c'est ce flacon qui sert aux ponctions des kystes de l'ovaire.

Le long d'une autre paroi se trouve une grande étuve de Wisenegg, où tous les instruments sont portés à 140°. Puis se placent les lavabos pour les mains avec eau chaude et eau froide. Tous les linges ont été passés à l'étuve et sont employés secs. Pas d'éponges, des compresses de tarlatane stérilisées en jouent le rôle et servent uniquement de pansement. Pas d'iodoforme, pas de salol, pas d'antiseptique dans les pansements. Ouate stérilisée et tarlatane aseptique.

Dès que les instruments sont sortis de l'étuve, ils sont plongés

dans des bassins remplis d'une solution phéniquée au quarantième. Enfin, auprès du chirurgien et de son aide, sont placés deux supports mobiles portant 2 flacons en verre à robinets de verre, contenant la solution de sublimé à 1 p. 1000 pour les mains. Au-dessous des robinets est une cuvette qui recueille et laisse écouler dans un seau situé au dessous, le liquide où se sont plongées les mains.

Dans une pièce à côté servant de salle de réception (et quelle réception!!) se voient les vitrines contenant les instruments destinés à toute opération, depuis les fins couteaux de l'ophtalmologiste jusqu'aux gigantesques cranioclastes de l'accoucheur.

Il nous a été donné de voir dans une vitrine une collection de calculs tant biliaires qu'urinaires qui nous a raconté la déjà longue histoire des interventions du Dr Doyen dans les affections du foie et des reins, et parmi ces calculs, je n'en veux citer que ceux (gros comme des pois et des noisettes) qui furent diagnostiqués, cherchés et trouvés dans l'uretère d'une femme, par la voie vaginale, et dont l'ablation après urétérotomie et suture du canal, fut suivie d'une guérison rapide. Le Dr Doyen me pardonnera de déflorer une observation qui, je suis sûr, verra un jour la lumière. J'aurais encore à parler de l'installation de la policlinique, des chambres des malades, des malades que nous y avons vus, des salles de bains, des ascenseurs, etc., etc., mais j'ai hâte d'arriver à toute une série de points plus intéressants. C'est d'abord un laboratoire de microbiologie en pleine activité de culture, dans lequel nous avons pu admirer des plaques photographiques merveilleuses de microbes, sur la plaque, longs de trois millimètres et large d'un, puis un laboratoire d'histologie, enfin des pièces d'anatomie pathologique, résultant d'expériences encore inédites et qui sont appelées, j'en suis sûr, à faire un certain bruit.

On le voit, il y a là un centre de travail des plus remarquables, et, ainsi que je le disais en commençant, c'est un seul homme qui mène de front toutes ces branches de la médecine: la chirurgie, la microbiologie, l'histologie, la médecine expérimentale, etc..., une grosse clientèle. Il y a là une force de résistance qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder, mais dont on ne peut admettre les résultats *qu'après avoir vu*, ainsi que nous l'avons fait et sans crainte d'être contredit, j'en prends à témoin tous les confrères qui, comme moi, sont revenus avec un sentiment d'étonnement qu'éprouveront tous ceux qui iront visiter le Dr Doyen.

Que Paris se méfie! il y a là un centre chirurgical installé, entraîné, alimenté comme aucun autre. On y opère comme je n'avais jamais encore vu opérer, on y travaille comme on ne travaille guère ailleurs.—F. VERCHÈRE.

DERMATOLOGIE.

Traitement de l'alopecie d'origine seborrhéique.—Dans les cas si fréquents où il se produit une chute des cheveux plus ou moins abondante, par suite d'une seborrhée du cuir chevelu, M. le docteur H. PASCHKIS, doyen de pharmacologie à la Faculté de médecine de Vienne, fait pratiquer quotidiennement des lavages de la tête avec une solution qui contient, pour un litre d'eau, de 80 à 100 grammes de savon et 20 grammes de bicarbonate de soude. Au bout de dix à quinze jours, on obtiendrait déjà par ce traitement des résultats vraiment remarquables.

Outre ces lavages alcalins, notre confrère se sert encore de solutions alcooliques benzinées (à 30 p. c.) naphtolées (de 1 à 3 p. c.), et résorcinées, employées sous forme de lotions.

Une de ses formules favorites est la suivante :

Résorcine.....	5 grammes.
Alcool	150 —
Huile de ricin.....	2 —

Mélez.—Usage externe.

Lorsque, sous l'influence de ce traitement, la seborrhée du cuir chevelu a complètement disparu, il faut continuer encore les lavages alcalins et alcooliques, mais en les pratiquant moins souvent, de façon à ne pas supprimer complètement, mais à réduire simplement la sécrétion grasseuse du cuir chevelu.

À cette époque, on emploie aussi avec avantage les frictions toniques au tannin ou à la quinine.

Voici les deux formules dont M. Paschkis a coutume de se servir :

1 ^o Sulfate de quinine.....	1 gramme.
Alcool.....	60 —
Eau de Cologne.....	30 —

Mélez.—Usage externe.

2 ^o Tannin	1 à 5 —
-----------------------------	---------

Faites dissoudre dans :

Alcool.....	q. s.
-------------	-------

Ajoutez :

Huile d'amandes douces.....	40 grammes.
-----------------------------	-------------

Mélez.—Usage externe.—*Nouveau Montpellier médical.*

Traitement de la pelade.—M. HALLOPEAU (*Société de thérapeutique*, estime que lorsque l'affection est localisée, la guérison est rapidement obtenue par des applications répétées de teinture de cantharide, et des lotions quotidiennes avec la solution d'acide phénique à 90 pour 100. La réaction modérée, relativement indolore, fait de cette méthode un procédé de choix.

Néanmoins, il est des cas où elle devient difficilement applicable, ceux, par exemple, où la pelade occupe tout le cuir chevelu, ou même se trouve généralisée aux régions pileuses de tout le corps. On se sert le plus habituellement alors de la solution ci-dessous formulée :

Alcool.....	100 grammes
Essence de térébenthine. }	20 —
Camphre.....	
Sublimé	0 gr. 10 centigr.

M. le docteur BUSQUET a récemment conseillé l'usage d'une solution étherée d'essence de cannelle à 25 p. 100, et dit avoir ainsi obtenu des guérisons en moins de six semaines. Ce traitement donne, en effet, de bons résultats, mais inférieurs à ceux que l'on obtient avec l'essence de Wintergreen, qui possède, en outre, l'avantage de ne provoquer ni irritation, ni douleur.—*Courrier médical*.

Le zona intercostal comme prodrome de la tuberculose pulmonaire.—Quoique le fait soit déjà assez connu, il nous paraît intéressant d'y revenir à propos d'un cas bien observé, que M. le Dr ARNAUD publie dans le *Marseille médical* :

Il s'agit d'une femme de cinquante-un ans qui fut prise, peu de temps après avoir donné des soins à son fils, mort de tuberculose, d'un zona siégeant sur le trajet des quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux gauches. Peu après la guérison du zona, la malade eut une hémoptysie, et on constata très nettement des signes de tuberculose au sommet gauche.

M. Arnaud cherche ensuite à expliquer comment et pourquoi le zona peut se manifester chez certains tuberculeux comme un des premiers signes de l'infection, à une période où l'examen physique de la poitrine ne révèle encore aucun signe appréciable. Pour lui, dans ces conditions, le zona est la conséquence d'une action directe de l'infection (probablement des toxines) sur le système nerveux.

Pourquoi alors ne rencontre-t-on pas plus souvent cette complication chez les phthisiques ? Pour deux raisons, répond M. Arnaud : d'abord, dans nombre de cas on ne songe pas à la rechercher et les malades, qui ont oublié ce petit accident, ne le signalent pas. En second lieu, le zona ne se produit vraisemblablement, à la première période de l'infection tuberculeuse, que chez les sujets porteurs de lésions nerveuses ; c'était du moins le cas de la malade qu'il a observée.

Erythème scarlatiniforme desquamatif pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.—M. le Dr LE GENDRE a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* l'histoire fort intéressante, d'un malade qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde régulière, 42 jours après le début et après plusieurs jours d'asphyxie, eut, de nouveau, une poussée fébrile intense. Bientôt, cependant, se manifesta une éruption scarlatiniforme, débutant par la face, se continuant par les membres et l'abdomen, envahissant par poussées successives le dos, puis les organes génitaux, la muqueuse buccale et pharyngienne.

“ A l'érythème succéda rapidement, en chacune de ces régions, une desquamation totale à larges lambeaux, avec une intensité tout à fait comparable à celle qu'on observe dans la dermatite exfoliative. Les poussées successives de cet érythème desquamatif n'ont pas cessé jusqu'à la mort du malade, qui est survenue 102 jours après le début de la fièvre typhoïde, et 60 jours après l'apparition de l'exanthème.

“ A ce moment, les ongles étaient en train de tomber, les cils étaient tous tombés, les cheveux tombaient depuis assez longtemps.

“ La fièvre a duré tout le temps avec des oscillations irrégulières. La plus haute température (40°6) a coïncidé avec l'apparition de phénomènes pulmonaires: toux, dyspnée, expectoration contenant des bacilles tuberculeux. Le malade n'avait jamais toussé avant sa maladie actuelle, et l'auscultation avait été muette pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Bientôt on constata des signes cavitaires au niveau du lobe inférieur droit. La mort est survenue dans le marasme.

“ A l'autopsie on trouva un nombre restreint de tubercules en voie de caséification, mais un abcès du poumon de la grosseur d'une mandarine contenant un pus phlegmoneux, fétide.

“ Sur la dernière portion de l'iléon, au voisinage de la valvule de Bauhin, se voyaient trois petites ulcérations arrondies, incomplètement réparées, et, dans le voisinage, les vestiges d'autres ulcérations déjà cicatrisés. Les cultures faites par M. Beaussenat avec des squames prélevées à la partie supérieure et antérieure du thorax, au voisinage de l'aisselle, ont donné un micro-organisme qui offrait les réactions considérées comme pathognomoniques du colibacille.

“ Nous ne prétendons en aucune façon établir un lien étiologique entre la dermatose et ce microbe, dont la présence accidentelle ne serait pas difficile à expliquer. Mais nous signalons les points suivants: d'abord, l'absence de pathogénie médicamenteuse. Ce malade n'a été soumis à aucune influence hydrargyrique ou iodique, soit *intus*, soit *extra*. Il a bien pris 1 gr. de quinine la veille du jour où parut l'éruption, mais, pendant douze jours de sa fièvre typhoïde, il avait pris la même dose quotidienne sans

aucune éruption, et la fièvre prodromique de l'exanthème existait déjà depuis plusieurs jours quand ce gramme de quinine a été absorbé.

“ Il est donc légitime, pensons-nous, de considérer cet exanthème desquamatif comme le résultat d'une infection secondaire, dont il est possible que la porte d'entrée ait été l'ulcération intestinale encore non cicatrisée. L'existence de l'abcès pulmonaire vient confirmer la nature infectieuse de ces phénomènes cutanés.

“ Les classifications proposées jusqu'ici des érythèmes scarlatiformes desquamatifs sont bien incomplètes, au point de vue dermatologique; ce cas paraît être un exemple de ceux qui, comme le dit M. Brocq, par leur durée, leur intensité et la chute des poils et des ongles, constituent des faits de passage entre les formes légères de la dermatite exfoliative généralisée proprement dite, et les formes communes de l'érythème scarlatiniforme desquamatif.” — *Concours médical.*

Prurigo de Hébra.—**Dermatite herpétiforme.**—**Pemphigus hystérique.**—Clinique de M. le professeur DESMET à l'hôpital St. Pierre (Bruxelles) — 1o *Prurigo de Hébra.*—Cette dermatose, assez rare en Belgique, s'est présentée une fois à notre consultation.

Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, malade depuis l'âge de quinze ans; la maladie avait débuté par un peu de prurit au niveau des mollets. A l'âge de 20 ans, le mal avait augmenté progressivement jusqu'à atteindre le degré qu'il présente actuellement. La dermatose est localisée aux deux jambes, jusqu'à la partie supérieure des fesses, et les lésions sont d'autant plus accentuées qu'elles siègent plus bas; de la plante des pieds jusqu'à la ceinture on voit la maladie s'atténuer peu à peu.

L'éruption elle-même est polymorphe: vésicules, vésicopustules, papules, le tout excorié par un furieux grattage qui a fini par provoquer une pigmentation diffuse du membre.

Les démangeaisons sont atroces surtout le soir, après les repas; elles durent 3/4 d'heure et cessent dès que le malade en se grattant a déterminé une sensation de brûlure.

En présence de ces signes, le diagnostic s'imposait: il s'agissait d'une forme atténuée du prurigo trouvé par Hébra et magistralement décrit par Kaposi.

Le traitement fut aussitôt institué: huile de foie de morue à l'intérieur et en applications externes. Le résultat ne se fit pas attendre; l'amélioration se produisit bientôt, et s'accrut. Les démangeaisons diminuèrent et avec elles les lésions de grattage; actuellement le malade va beaucoup mieux en dépit d'une légère reprise qui s'est manifestée dans ces derniers temps. Le traitement de cette affection si rebelle est assez simple dans les cas légers; ici, l'arsenic que le malade avait naturellement pris depuis

longtemps et à hautes doses n'avaient amené aucune amélioration. Le seul reproche qu'on puisse faire aux applications externes d'huile de foie de morue, c'est la désagréable odeur qu'elle dégage. Cependant le malade s'y fait assez rapidement et ne s'en plaint pas trop, en faveur du bénéfice qu'il retire du remède.

Quant à la nature du prurigo de Hébra, nous nous rangeons à l'avis de Brocq, qui fait rentrer cette dermatose dans les névrodermies prurigineuses en même temps que les autres variétés du prurigo, que la dermatite de Duhring, que le prurit essentiel. Il n'est pas rare, en effet, de voir des cas qui sont, au point de vue subjectif, de véritables prurigos de Hébra, sans lésion cutanée caractéristique. Les transitions sont innombrables et portent toutes, au plus haut point, la marque de l'individualité du malade.

Dans un de ces cas de transition, nous avons soumis, grâce à l'obligeance du docteur René Verhoogen, le malade à un traitement par les bains d'électricité statique. Les résultats ont été très encourageants; les démangeaisons qui avaient résisté aux modes de traitements habituels se sont rapidement amendées et le malade a pu avoir des nuits passables. Peut-être ces résultats pourraient-ils être acquis aussi dans le prurigo de Hébra. C'est là un point à expérimenter.

2o *Dermatite herpétiforme de Duhring.*—Ce cas se rattache d'assez près au précédent, malgré certaines divergences d'aspect et de localisation. Tous les symptômes classiques de la maladie de Duhring, nettement définis par Duhring et Brocq au Congrès de Paris de 1889, se trouvent réunis sur notre malade :

1o Polymorphie de l'éruption; toutes les variétés de lésions élémentaires se rencontrent chez notre malade; des macules, des papules, des vésicules, des bulles :

2o La durée de l'affection est très longue. Elle a débuté en janvier 1892 et a subi une série de recrudescences;

3o Les phénomènes subjectifs sont très intenses; les démangeaisons sont très fortes, surtout quand le malade entre au lit;

4o L'état général est excellent; le malade est bien nourri, plutôt gras, et ne paraît pas affecté outre mesure par son affection cutanée.

Nous avons eu l'occasion d'assister à des recrudescences de son mal et nous avons été frappé par ce fait que les démangeaisons ne sont pas en rapport avec le nombre de lésions; dans une recrudescence, les démangeaisons ont été faibles bien que l'éruption fût assez marquée. Dans l'autre, les lésions furent presque nulles, la démangeaison, au contraire, fut très vive.

Un dernier mot: pour Kaposi et pour beaucoup de dermatologistes allemands et autrichiens les cas de maladie de Duhring commençant par le dos des mains doivent être rangés dans les érythèmes bulleux; nous croyons, d'après le cas que nous avons observé, que cette généralisation est beaucoup trop prompté; un

signe, tiré de la localisation, ne suffit jamais ; dans notre cas le début s'est fait au dos de la main, ce qui n'a pas empêché le mal d'évoluer, non pas comme un érythème bulleux, mais comme une véritable maladie de Duhring.

Nous avons soumis ce malade à un traitement arsenical sans en retirer de grands avantages ; à certains moments il y avait diminution, mais à peine avions-nous le temps de la constater que l'exacerbation reprenait.

30 *Pemphigus hystérique récidivant*.—De la dermatite herpétiforme de Duhring au pemphigus, il n'y a qu'un pas. Ce cas de pemphigus hystérique récidivant avec tenacité au même endroit est intéressant, car il indique combien certaines lésions tropiques résistent avec tenacité à tous les traitements, même les plus énergiques.

Il s'agit d'une paysanne des environs de Bruxelles, hystérique ; le développement corporel de cette malade ne s'est fait que tardivement ; elle n'a commencé à marcher qu'à l'âge de sept ans. La malade présente une série de stigmates hystériques : sensibilité exagérée de certains points, ovarie, contracture spontanée des deux petits doigts ; champs visuels dissymétriques. Il y a deux ans il s'est produit, sur le bord cutaneo-muqueux des lèvres, des bulles confluentes qui ne tardaient pas à devenir purulentes et à former une croûte compacte s'enlevant d'une seule pièce et conservant le moule exact des lèvres. Sous cette croûte, l'épithélium de la lèvre paraît simplement un peu décapé. A partir de ce moment, les phénomènes se sont reproduits de huit en huit jours ; la croûte à peine enlevée, il se reforme de nouvelles bulles et ainsi de suite. Comme conséquence de ces éruptions répétées, il s'est produit un véritable ectropion des lèvres.

Les traitements les plus divers, les plus énergiques ont été opposés à cette étrange maladie ; nous avons cautérisé au thermo-cautère en surface, en profondeur ; rien n'y a fait ; la dernière cautérisation, qui eut lieu le 16 décembre, fut tellement énergique que les lèvres se tuméfièrent au point de mettre en danger les jours de la malade ; aussitôt cette tuméfaction disparue le processus reprit son cours normal, peut-être avec un peu moins d'intensité. Devant l'échec de toutes ces médications nous comptons, aussitôt que nous reverrons la malade, essayer la suggestion hypnotique.—*La Clinique*.

Soif des diabétiques.

P.—Nitrate de pilocarpine	3 grains
Alcool dilué.....	1 drachme
Eau, q. s. pour faire.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—Dose : Quatre ou cinq gouttes, à déposer sur langue, deux ou trois fois par jour.—*The Practitioner*.

FORMULAIRE.

Herpes Zoster.—*Brocq.*

P.—Acide borique	30 grains
Oxyde de zinc	60 “
Amidon en poudre	60 “
Vaseline purifiée.....	180 “
Lanoline.....	270 “

M.—Usage local.

Névralgie.—*S. D. Gross.*

P.—Sulfate de strychnine.....	1 grains
Sulfate de morphine.....	1½ “
Acide arsénieux.....	1½ “
Extrait d'aconit.....	15 grains
Sulfate de quinine.....	60 “

M.—Divisez en 30 pilules.

Dose : Une pilule, trois fois par jour.

Ovaralgie.

P.—Teinture de digitale.....	1 drachme
Teinture de gelsemium.....	½ “
Bromure de potassium	½ once
Eau distillée.....	6 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe, dans deux onces d'eau, toutes les trois heures.—*Record of Medicine and Surgery.*

Vin diurétique et purgatif.

P.—Extrait liquide de jalap.....	3 drachmes
Extrait liquide de scille.....	3 “
Extrait liquide de jaborandi	1 once
Extrait fluide de digitale.....	30 minimes
Nitrate de potasse.....	240 grains
Vin d'angélique.....	1 pinte

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les trois heures. Ce vin a été employé avec succès dans l'hydropisie et l'anasarque généralisé des affections organiques du cœur et du mal de Bright.—*Times and Register.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTREAL, MAI 1893.

BULLETIN.

Maladies contagieuses.

Nos échanges de l'étranger signalent chaque semaine des cas plus ou moins nombreux de maladies contagieuses. A New-York, c'est le typhus, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la méningite cérébro-spinale, la rougeole, la diphtérie et la variole. Dix-sept cas de variole et dix-sept de typhus ont été enregistrés au bureau de santé de New-York durant la semaine finissant le 13 mai. En France, le choléra sévit dans le Finistère et dans la Vendée. A Lorient il règne depuis six mois. Il y avait été importé du Havre au mois de septembre. A cette époque, il y en a eu 700 cas dont 200 suivis de mort; puis la maladie a paru s'éteindre. Elle a repris une nouvelle intensité au mois de mars, et depuis il y a eu 500 cas et 200 décès. A Paris, le typhus exanthématique s'est déclaré dans les prisons et les asiles de nuit. Amiens, Lille et Nanterre en ont eu leur part.

Il n'y a, dans tout cela, rien de bien rassurant pour la saison chaude qui nous arrive, et l'on semblerait croire que les germes-contages se propagent en dépit de toutes les précautions prophylactiques. C'est sans doute sous l'influence de cette pensée que le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* publie ce qui suit dans sa livraison du 10 mai :

“ Il semblerait qu'à mesure que la science des hygiénistes fait du progrès, les maladies se multiplient, et on se demande où en serait l'état sanitaire si nous n'étions pas mieux armés contre leur invasion qu'il y a trente ans. Nous avons en effet à lutter en ce moment simultanément contre trois maladies épidémiques, la grippe, le choléra et le typhus, sans compter les petites épidémies

locales de diphthérie, de rougeole, de fièvre typhoïde auxquelles on ne prête en ce moment que peu d'attention.

“ De toutes ces maladies, la grippe, dont l'intérêt s'est effacé un peu devant celui du typhus, est pourtant de beaucoup la plus grave, et elle constitue en outre par son évolution le plus éclatant témoignage de notre ignorance dans certaines questions d'épidémiologie. A Paris, par exemple, l'état sanitaire avait été exceptionnellement favorable tout l'hiver, malgré l'humidité du mois de décembre et les froids extrêmes du mois de janvier. Puis, lorsque le printemps survient, en avance de près d'un mois, avec un temps remarquablement chaud et sec, une pureté extrême de l'atmosphère, sans trace d'humidité, la grippe se généralise, avec son cortège de pneumonies infectieuses, de complications pulmonaires rapidement mortelles chez tous les sujets valétudinaires et débiles, reproduisant d'ailleurs presque exactement les mêmes formes cliniques que celles observées il y a deux ans, et élevant la mortalité parisienne à un chiffre dépassant de cinq à six cents décès le chiffre moyen des semaines correspondantes. Or si nous nous reportons aux travaux les plus récents sur cette question, nous trouvons cette opinion que la cause prédisposante de la grippe la plus connue, la plus manifeste, est le froid humide (Ollivier); que dans l'épidémie de 1891 l'humidité de l'atmosphère a été constante (Teissier) et c'est d'ailleurs là la croyance la plus accréditée, basée sur des faits paraissant certains jusqu'ici.

“ L'épidémie actuelle démontrera pourtant qu'un temps sec et chaud peut aussi bien accompagner la grippe qu'un temps froid et humide, et d'ailleurs en voyant ces conditions atmosphériques si différentes coïncider avec elle, on se demande si l'on est bien en droit de leur attribuer une influence réelle, alors surtout que la maladie sévit successivement sous les latitudes les plus différentes. Cette influence existe peut-être, mais elle ne doit pas être en rapport avec les modifications que nous percevons par les moyens d'observation vulgaire.

“ Quant à la grippe en elle-même, les bizarreries extraordinaires de son évolution, ses aspects multiples et si divers dans une même épidémie nous forcent à la considérer comme la moins connue des maladies infectieuses qui nous atteignent et permettent même de se demander s'il faut toujours englober dans une appellation unique, des états morbides si différents dans leurs allures cliniques.

“ Le choléra, lui aussi, a fait sa réapparition; on l'a signalé à Vannes, à Lorient; à Paris même, M. Gaucher en a observé un cas, mais comme cette réapparition était prévue, on n'y attache guère d'importance et il semble d'ailleurs qu'on prenne son parti de voir cette maladie s'installer chez nous et revenir périodiquement. Il n'en est pas de même du typhus qui a surpris d'autant plus que bien peu de médecins, sauf certains de nos confrères de

l'armée et de la marine, ont eu l'occasion de l'observer. Aussi un bon nombre des cas signalés n'ont-ils été diagnostiqués que rétrospectivement, depuis que M. Sapelier a reconnu avec beaucoup de sagacité la maladie à la prison de Nanterre.

"Il est certain que le typhus a été observé dans ces derniers temps à Lille, à Abbeville, à Amiens, à Beauvais; on vient d'en voir plusieurs cas à Mantes et dans bien d'autres localités; mais la filiation des premiers faits n'a pu être bien établie, et c'est du reste ainsi que les choses se sont passées dans les petites épidémies de Bretagne, pourtant fort bien observées. Il est probable aussi qu'un bon nombre de cas ont été méconnus, car M. Netter, à la suite d'une enquête, estime que le cinquième de notre territoire a été envahi; que d'autres, en moins grand nombre, le seront encore, mais qu'on arrivera à enrayer rapidement l'épidémie; en effet, malgré son pouvoir contagieux considérable qui a déjà fait dans le corps médical une victime, M. Lallemand, externe de l'Hôtel-Dieu, la diffusion de la maladie est relativement facile à empêcher par les mesures hygiéniques qui sont prises maintenant de toutes parts.

"La Bretagne paraît renfermer plusieurs foyers qui remontent peut-être à une époque très éloignée, mais dans lesquels le germe de la maladie se maintient à l'état latent jusqu'à ce que des circonstances encore inconnues favorisent sa dissémination. Il n'est pas étonnant d'ailleurs qu'une maladie qui existe à l'état endémique en Irlande, en Allemagne, en Russie, etc., se trouve en France dans des conditions analogues."

M. Séverin Lachapelle et les remèdes secrets.

En prenant connaissance de la lettre que M. le docteur Séverin Lachapelle nous adresse au sujet de nos remarques sur le traitement Keeley et les cures d'or en général (1), notre intention bien arrêtée fut d'abord de répondre en détail à chacun des points en litige. A nos yeux, deux questions principales se posaient: celle de l'efficacité réelle ou prétendue de la médication dont les résultats sont si... merveilleux, et en second lieu, ce qui est autrement grave le fait de médecins assez peu soucieux de l'honneur et de la dignité professionnels pour servir d'instruments à des entreprises soi-disant philanthropiques et humanitaires, mais destinées avant tout à enrichir leurs patrons. Si, d'un côté, nous contestons en principe l'efficacité absolue et les merveilles des *gold-cures*—efficacité tellement contestable que quatre *Instituts* différents et hostiles les uns aux autres se la disputent avec acharnement, d'un autre côté il nous est impossible de fermer les yeux sur le spec-

(1) Voir la présente livraison, page 235.

La classe affligée de médecins se laissant aller à employer des médicaments dont la formule et la composition sont tenues secrètes, et cela contrairement aux dispositions de tous les codes de déontologie médicale.

En somme, le *Gold Cure* n'est pas plus spécifique que les autres médications, et il est loin de réussir dans la presque totalité des cas, quoiqu'on en dise. Les récidives sont assez nombreuses, comme dans tous les cas où la volonté et l'énergie des malades font défaut.

A propos de récidive, il n'en est peut-être pas de plus patente que celle de M. le Surintendant de l'Institut Keeley, qui, non content d'avoir emboîté le pas à la suite du médecin de Dwight, affirme—et il y prend plaisir—le fait que leur secret est bien gardé.

L'Événement publiait, en effet, ces jours derniers, le document qui suit.

LA COMPAGNIE DES INSTITUTS LESLIE E. KEELEY DU CANADA

Ayant acquis le droit exclusif d'administrer dans tout le Dominion, excepté l'Isle de Vancouver, les remèdes du Dr Leslie E. Keeley, pour guérir de l'abus de l'alcool, de la morphine, de l'opium et du tabac, et la neurasthénie.

Des succursales de cet institut qui ont été ouvertes au No. 64, rue St-Hubert, Montréal, et au No. 41, rue Richelieu, Québec, sont maintenant prêtes à recevoir les patients.

Le traitement est administré par des médecins qui ont fait une étude spéciale à Dwight, Illinois, sous les instructions immédiates du Dr Leslie E. Keeley et ses collègues, et ils sont porteurs de certificats de cette institution qui est la plus grande du monde.

Remarquez que cette compagnie a seule le droit de faire usage des remèdes du Dr Keeley, et gare aux imposteurs et aux imitateurs qui prétendent avoir notre remède. Ils ne l'ont pas.

Les remèdes du Dr Leslie E. Keeley ne sont employés que dans nos instituts.

DR S. LACHAPPELLE,
Médecin, Surintendant pour le Dominion.

30 mai 1893.

En face d'une déclaration aussi péremptoire, il ne nous reste plus rien à dire. Cet appel au public par la voie des journaux à toutes les allures d'une reproduction des avis-réclames qui s'étaient aux pages d'annonces et qui portent la signature d'un Racicot ou d'un Tucker. Dans le cas présent il ne manque réellement plus que le portrait de M. le Surintendant.

La leçon d'un maître

Nous commençons à publier aujourd'hui, en tête de notre reproduction de chirurgie, la remarquable leçon clinique faite par Sir Joseph LISTER, Bart, M. D., F. R. S., le 18 janvier dernier, au *King's College Hospital*, et reproduite *in extenso* par le *British Medical Journal*.

Il est inutile, croyons-nous, d'insister sur l'importance de l'enseignement renfermé dans ces pages. C'est à l'antisepsie que la science chirurgicale doit les immenses progrès et les succès solides qui en ont marqué la marche depuis plusieurs années, et s'il est un chirurgien au monde qui ait contribué à ce succès, c'est à coup sûr le professeur Lister dont le nom est désormais resté attaché à la méthode.

“ Les pages suivantes de M. Lister, dit avec beaucoup d'à propos M. le Dr Lucas-Championnière dans son intéressant journal, “ montrent que le Maître de la chirurgie moderne, celui dont les “ opérations peuvent être proposées comme des modèles dans la “ conduite des plaies, poursuit toujours la recherche de la simplicité dans les moyens et de la puissance dans les antiseptiques.”

Au reste, le lecteur jugera.

Edouard Amédée Poitevin.

M. le docteur E. A. Poitevin, Professeur d'Anatomie descriptive à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, est décédé le 9 mai, à sa résidence, rue Notre-Dame. Il était âgé de trente-trois ans.

Élève et gradué, en 1883, de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, M. le Dr Poitevin fut presque aussitôt attaché à l'École en qualité d'agrégé et en devint bientôt professeur titulaire, la chaire d'anatomie lui ayant été confiée. Cette chaire, il l'a occupée avec autant de talent que de succès jusqu'à la fin de la présente année 1892-93.

On sait que M. le Dr Poitevin fut un des adversaires les plus ardents — et peut-être le plus convaincu — de l'union universitaire. Il a combattu, dans cette lutte, avec la plus grande franchise et les vues les plus désintéressées, n'ayant à cœur que ce qu'il croyait être le plus grand bien de son *alma mater*. Mais par contre, aussitôt que la fusion fut chose décidée, M. Poitevin se rallia avec un digne courage à la majorité, et dans ses fonctions de professeur à l'École de médecine devenue Faculté médicale Laval, il sut toujours conserver la sympathique amitié et l'estime de tous ses collègues, et l'attachement que ses élèves lui avaient constamment montré sur un autre théâtre.

M. le Dr Poitevin s'est éteint doucement, miné par la phthisie, au moment même où la Faculté de médecine entre dans une ère plus prospère. Sa mort laisse parmi les professeurs et ses élèves d'unanimes regrets.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

FOUCHER.—*Traité pratique des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du pharynx*, par le docteur A. A. FOUCHER, professeur de la clinique ophthalmologique et otologique à l'Université Laval, Montréal, chirurgien oculiste et auriste de l'hôpital Notre-Dame.—1 vol. in-8 pp. 500, prix, broché: \$4.00.—Montréal, J. B. Rolland & Fils, éditeurs, 1893.

C'est avec un plaisir bien sensible que nous saluons la publication, depuis longtemps attendue, du *Traité des maladies des yeux*, etc., de M. le professeur Foucher. Aussi, sommes nous heureux, avec tous les amis du progrès scientifique, de féliciter notre collègue et confrère, et de souhaiter à son œuvre un succès sans précédent.

Au point de vue scientifique, le travail de M. Foucher constitue une véritable mine de renseignements pratiques, tant pour l'élève qui commence l'étude des maladies oculaires, etc., que pour le médecin lui-même que des occupations étrangères à la science éloignent souvent de l'étude des grands traités. Nous y trouvons le résumé des questions les plus pratiques, de celles qui se rencontrent tous les jours. C'est ainsi que les conjonctivites catarrhale, purulente et granuleuse, les kératites phlycténulaire et parenchymateuse, les abcès et les ulcères de la cornée, l'iritis, l'ophtalmie sympathique, le glaucome, les otites suppuratives, le catarrhe nasal, les végétations adénoïdes, etc., ont été l'objet de descriptions minutieuses.

L'auteur, et nous l'en félicitons spécialement, s'est appliqué à démontrer les relations presque constantes existant entre les affections des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge et les maladies générales. Plusieurs articles ont été consacrés à ces importantes questions, entre autres aux rapports qui existent entre la névrite optique et les affections cérébrales, les indications cliniques fournies par l'état de la pupille, etc. L'ouvrage contient aussi un court exposé d'hygiène des organes malades.

Un chapitre est consacré à l'étymologie et à la fin du volume, un formulaire thérapeutique vient très à propos pour nous fournir la formule des préparations les plus usitées dans le traitement des maladies affectant l'œil, l'oreille et le naso-pharynx.

Quant à la partie matérielle de l'ouvrage, elle mérite qu'on s'y

arrête : papier de luxe, fort et légèrement teinté de jaune, ce qui est plus hygiénique pour la vue. L'impression, très nette, est suffisamment interlignée pour permettre une lecture facile. Elle est l'œuvre de la maison Gebhardt-Berthiaume, et le papier a été fourni par la fabrique Rolland & Fils.

Enfin l'ouvrage est illustré à profusion. Près de deux cents gravures s'y trouvent reproduites, pour un certain nombre, de dessins originaux de l'auteur. Ces dessins ont été choisis avec soin parmi les meilleurs de la collection et devront aider beaucoup à l'étude des questions qui y sont traitées.

Le *Traité* est gracieusement dédié à M. le docteur L. E. Desjardins, chirurgien oculiste de l'Institut Ophthalmique de Montréal, qui fut le premier maître de M. Foucher.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

—On vient d'abolir, en Allemagne, l'Université de Dorpat. Cette université avait été fondée par Gustave-Adolphe, en 1622.

—M. le Dr A. PROUDFOOT s'est, dit-on, démis de ses fonctions de professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine du Collège Bishop.

—Le Dr J. Mills BROWNE, chirurgien-général de l'armée des Etats-Unis, ayant atteint la limite d'âge, vient d'être remplacé par l'inspecteur médical : Dr J. Rufus TRYON.

—M. le docteur I. LAVIOLETTE 1303, rue Ste-Catherine, Montréal, est autorisé à recevoir la souscription des médecins et étudiants en médecine au *Traité des maladies des yeux* etc., de M. le Dr Foucher.

—MM. les Drs T. G. RODDICK et James STEWART se sont démis de leurs fonctions de chirurgien et de médecin du *Montreal General Hospital* pour accepter des positions analogues au *Royal Victoria Hospital*.

—La profession médicale est littéralement encombrée en Italie, surtout à Naples, où il y a un médecin par cinq cent dix individus, ce qui, d'après la *Riforma Medica*, fait de la médecine la profession la moins lucrative.

—On demande un médecin à Ste-Anne du Sault, comté d'Arthabaska. Pour informations, s'adresser au Secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, 15 Place Jacques-Cartier, ou à M. l'abbé J. N. C. Lafond, curé de Ste-Anne du Sault.

Bureau Provincial de médecine.—L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine a eu lieu le 10 mai, à Montréal, sous la présidence de M. le Dr J. J. Ross. Dans notre livraison de juin, nous donnerons le rapport officiel de cette réunion.

Le cancer en Angleterre.—La mortalité par le cancer serait en progression continue en Angleterre, d'après M. Roger William. De 1 sur 140 décès en 1838, elle est montée à 1 pour 74 en 1850, 1 pour 62 en 1860, 1 pour 54 en 1870, 1 pour 40 en 1880 et 1 pour 28 en 1890. Le même accroissement s'observe d'ailleurs en Ecosse, en Norvège, en Hollande, en Prusse, en Australie. En Irlande seulement, la mortalité, du fait de cette maladie, est plutôt en décroissance—*Rev. scientifique.*

Les ducs-médecins.—Charles-Théodore, duc de Bavière, qui, comme on sait, est médecin oculiste, a célébré le 7 avril, dans sa clinique de la rue Maria-Josepha, de Munich, une fête rare, au moins pour un duc : il a fait sa deux-millième opération de la cataracte. Pour donner à cet événement une solennité particulière, la duchesse Maria-Josepha, femme du duc, née princesse de Bra Santa, et plusieurs autres princesses bavaroises s'étaient rendues à la clinique et ont prêté leur assistance à l'opérateur. Un assez grand nombre de médecins étaient également présents. La salle d'opérations avait été ornée de fleurs et d'arbustes par les sœurs attachées à l'établissement.—*Progrès médical.*

Nécrologie.—CANADA :—A Stanbridge, Qué., M. le Docteur J. O. LAMBERT, à l'âge de 32 ans.—A St. Hyacinthe, Qué., Dame Marie Rose Héloïse MOREAU-DUPLESSIS, veuve de feu le docteur Magloire TURCOT, et mère de MM. les docteurs Jos. Eugène et Gaspard Turcot, de St. Hyacinthe.—A Montréal, M. le docteur Edouard-Amédée PORTEVIN, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.—M. le docteur François DESJARDINS (gradué en 1892), fils de M. le docteur J. A. Desjardins, de Montréal.—A Ste. Claire (Dorchester) M. le docteur Ch. Alexandre LESAGE, à l'âge de 49 ans.—A Chambly Bassin, Monsieur Joseph OSTIGUY, père de M. le Dr C. O. Ostiguy, de Valleyfield, de M. le Dr Emile Ostiguy, de St. Hyacinthe, et de M. Arthur Ostiguy, élève en médecine de l'Université Laval.

ETRANGER :—A Berlin, M. le Dr HARTMANN, professeur d'anatomie à l'Université de Berlin.—A New-York, M. le Dr Lawrence JOHNSON, professeur de clinique médicale à l'Université de New-York.—M. le Dr Charles Carroll LEE, professeur de gynécologie au *New York Post Graduate Medical School.*

Décès.

GENEST.—A St Bernard, le 26 avril dernier, à l'âge de 52 jours, Joseph Cyrille Allyre, enfant de M. E. L. U. Genest, M. D.