

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Propriétaire et Administrateur : - - DR A. LAMARCHE,

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

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

VOLUME XX.

NOUVELLE SERIE, - - - VOLUME V.



MONTREAL :

CIE DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME.

30 rue St-Gabriel.

1891

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — Clinique chirurgicale. — M. RECLUS. — <i>De l'anesthésie locale par la cocaïne</i>	5
<i>Notes d'obstétrique et de gynécologie, par R. CHEVRIER, M.D.</i>	11
<i>La gynécologie et ses rapports avec la pratique générale de la médecine, par A. L. SMITH, M.D.</i>	13
REVUE DES JOURNAUX. — MÉDECINE. — <i>Infection purulente spontanée (JACCOUD)</i>	20
<i>Sur les formes précoces du tabes dorsalis (KAHLER)</i>	21
<i>Colite et péricolite (GROCCO)</i>	22
<i>De la tuberculose du foie</i>	23
<i>Tableau clinique de l'hystérie sénile (MAURICE DE FLEURY)</i>	26
CHIRURGIE. — <i>Des brûlures (MOLLIÈRE)</i>	31
<i>Les lésions syphilitiques secondaires de la langue (FOURNIER)</i>	35
<i>Des incisions du parenchyme rénal ; leur réunion par première intention</i>	39

(Voir la suite, page 5).

J. H. CHAPMAN

2294 RUE STE-CATHERINE 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions: Comptant.

Instruments et Appareils de Chirurgie de toutes espèces,

Des meilleurs modèles et de qualités supérieure à prix modérés

au comptant.

Pansements Antiseptiques ; Thermo et Galvano Cautères, Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres ; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx ; Chaise d'opération de Harvard, Pincés à dents artificielles, Batteries Gaiffe, (les véritables), &c., &c.

Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

J. H. CHAPMAN.

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

ANTIPYRINE

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire dans sa première moitié (SMOLSKY) ; Sur l'opération d'Emmet (GRAMMATICATI)</i>	43
MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.— <i>L'acide borique dans le traitement de la tuberculose (GAUCHER)</i>	45
<i>Traitement des chancres mous par la créoline ; De l'iodol dans la syphilis</i>	46
<i>L'antisepsie par l'eau oxygénée (GIBIER)</i>	47
FORMULAIRE.— <i>Rhume ; Urétrite aigue ; Cancer ; Anesthésique local ; Pâte antiseptique</i>	48
BULLETIN.— <i>La méthode de Koch</i>	49
<i>La Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal</i>	51
<i>Avis de l'administration</i>	53
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	53
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.....	55

DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité.

Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux.

Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.

Appareils de pansements antiseptiques.

Cachets Limousin ; Pains Azymes.

Commandes par la Poste remplies avec toute l'attention et sous le plus court délai désirables.

Prescriptions remplies d'après la mesure avoir-du-poids ou le système métrique.

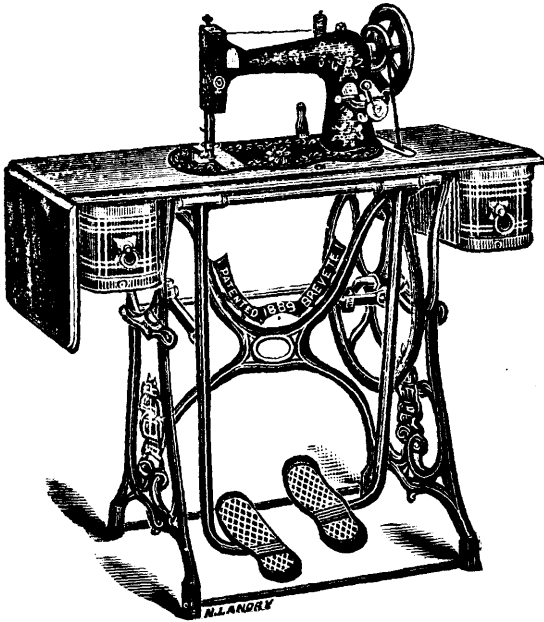
PHARMACIE G. DEMERS

No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal.

Près de la Rue de la Montagne.

LA PEDALE PHYSIOLOGIQUE

Confort, Santé.



Sécurité, Facilité.

Nous sollicitons instamment l'attention des Médecins sur
notre nouvelle

PEDALE PHYSIOLOGIQUE

ADAPTEE AUX MACHINES A COUDRE.

Cette pédale transforme le mouvement de berceau de la pédale
actuellement en usage en un mouvement antéro-
postérieur alternatif des pieds.

Cette modification a pour but d'obvier aux inconvénients si
nombreux et si bien connus des Médecins, que produit l'usage
de la machine à coudre telle qu'actuellement construite. La

Menstruation, la Grossesse et toutes les affections utérines

contrindiquent l'usage de la machine à coudre, à cause des secousses
mprimées au bassin par le fonctionnement de la pédale telle qu'actuel-
lement adaptée. Or, c'est précisément ce à quoi obvie la

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Propriétaire et administrateur : Dr A. LAMARCHE.

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

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

Volume XX.

MONTREAL, 1891.

{ NOUVELLE SÉRIE
VOL. V.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL BROUSSAIS (Paris) — M. PAUL RECLUS.

De Panesthésie locale par la Cocaine.

Leçon recueillie par le Dr. O. F. MERCIER.

MESSIEURS,

Je désire aujourd'hui vous parler de la cocaïne, des immenses avantages qu'on peut retirer de son emploi en chirurgie, et de la manière de s'en servir.

La campagne que j'ai entreprise depuis une couple d'années en

(1) En nous transmettant cette leçon de M. Reclus, notre jeune collaborateur nous écrit ce qui suit :

“ M. Paul Reclus, après avoir expérimenté et employé la cocaïne des centaines de fois sans jamais avoir eu le moindre accident et toujours avec le résultat le plus probant, a entrepris depuis une couple d'années une campagne déjà fertile en faveur de la vulgarisation de son emploi en chirurgie. La semaine dernière, il donnait à l'hôpital Broussais, dont il est le chirurgien, la clinique suivante que j'ai cru pouvoir intéresser les lecteurs de L'UNION MÉDICALE, et que je reproduis ici en entier.

Depuis quelques semaines je suis régulièrement le service de chirurgie de l'hôpital Broussais et, j'ai vu M. Reclus lui-même employer la cocaïne plus de trente fois : cures radicales d'hydrocèle, de hernies, castrations, hernies étranglées, extirpations de seins, de kystes, de fibromes, d'angiomes, etc., incisions de phlegmons, opéra-

favorable de son usage commença à porter ses fruits. Cependant elle n'est pas encore entrée en chirurgie courante, et l'on fait toujours peser sur elle le double reproche d'être inefficace et dangereuse. Or dans plus de sept cents cas où j'ai eu recours à son emploi, j'ai eu toujours à me louer de ses effets, sans avoir jamais subi le plus léger accident, et je la considère comme un analgésique fidèle et innocent, pourvu bien entendu qu'elle soit bien et prudemment administrée.

La cocaïne peut être employée soit à la surface des muqueuses, soit à l'intérieur des tissus.

Je parlerai peu de son emploi sur les muqueuses. La technique en est très simple. Dans une solution à deux ou cinq pour cent, on trempe un tampon d'ouate hydrophile qu'on applique sur la muqueuse pendant trois à quatre minutes. Puis alors on peut opérer sans douleur, mais l'analgésie qu'on en obtient ainsi est très passagère et bien superficielle.

J'ai eu recours à l'action de la cocaïne par simple contact, dans plusieurs uréthrotomies internes et sans provoquer la moindre souffrance. La technique opératoire est, ici encore, des plus simples; on passe dans le canal de l'urètre le cathéter de Maisonneuve armé de son conducteur, puis, le plus profondément possible, on fait glisser dans la rainure l'aiguille d'une seringue de Pravaz remplie d'une solution à deux pour cent. On pousse alors le piston, une partie du liquide suit la cannelure et arrive dans la vessie, une autre partie pénètre dans l'urètre, et s'insinue entre le cathéter et la muqueuse qu'elle anesthésie en descendant et en montant le long du canal.

J'ai pu de la sorte couper plusieurs fois des rétrécissements de tous genres, sans que le malade en éprouvât la moindre douleur.

La cocaïne agit aussi par contact sur les séreuses. On en a fait bénéficier le patient pour l'opération de l'hydrocèle. Chacun sait combien est douloureuse l'injection de la teinture d'iode dans la

tions de phimosis, etc., et jamais le plus léger échec analgésique ou le plus léger symptôme d'intoxication.

Dernièrement M. Reclus l'a associée au chlorate de potasse qui, comme on le sait, donne de bons résultats, injecté hypodermiquement, au centre des cancers inopérables. Plus tard il remplaça le chlorate de potasse par le chlorate de soude qui est beaucoup plus soluble, et duquel il injecta 1.32 gram. Ces agents employés déjà souvent dans le traitement des cancers avaient été abandonnés, vu les douleurs intolérables qu'ils causaient, et associés ainsi à la cocaïne, ne produisirent plus aucune souffrance.

M. Reclus fit de la sorte des injections perdues de huit centigrammes de cocaïne sans aucun symptôme d'intoxication, pas même d'hilarité ou de loquacité.

Enfin, dernièrement, il fit une gastrotomie à la cocaïne pour un cancer de l'œsophage, et le patient, opéré presque sans douleurs, est actuellement sous l'effet de l'alimentation artificielle, en aussi bon état qu'il est possible de l'être quand on est possesseur d'une tumeur cancéreuse située dans un tel endroit.

Je parlerai d'ailleurs plus au long, dans une prochaine lettre, de ce cas si intéressant à tout point de vue.

vaginale; la cocaïne mettra fin à ces souffrances. On se sert d'une solution à deux ou trois par cent dont on injecte une ou deux seringues de Pravaz une demi-heure avant d'évacuer le liquide.

Lorsque je veux faire un lavage articulaire dans les cas d'hydarthroses chroniques, je me sers toujours de cocaïne. Pour le genou, par exemple, voici comment j'opère: J'enfonce l'aiguille de la seringue de Pravaz en dehors, au-dessus de la rotule, dans le cul de sac sous-tricipital, elle pénètre dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, traverse le tissu fibreux périarticulaire et atteint enfin la cavité de l'articulation. Le piston, méthodiquement refoulé au fur et à mesure que l'aiguille avance, laisse derrière elle une traînée de cocaïne, route analgésique que suivra le gros trocart à hydrocèle que j'enfoncerai dans la jointure.

Même manœuvre en dedans, au-dessous de la rotule, dans le cul-de-sac inférieur et interne, même injection interstitielle, même injection dans l'articulation, même ponction avec le trocart à hydrocèle. J'adapte alors à l'orifice du premier trocart, un tube en caoutchouc, muni à son autre extrémité d'un réservoir en verre où je verse la solution phéniquée bouillie à 2 ou 4 0/0. Le liquide traverse ainsi l'articulation dont il lave les surfaces et ressort par l'autre trocart. Je laisse couler jusqu'à ce que la solution sorte parfaitement limpide; alors il ne me reste plus qu'à enlever mes trocarts, à immobiliser et à comprimer la jointure par de la ouate et un bandage. Généralement j'ai pour résultat la guérison à quelques jours de distance, et ce, sans avoir éveillé la moindre douleur chez mon malade.

Mais c'est en injections intra et sous-dermiques que la cocaïne est appelée à rendre les plus grands services. Ses injections interstitielles ont une technique peu compliquée, mais encore faut-il la connaître, car si la cocaïne a échoué dans un bon nombre d'essais et n'a pas donné de bons résultats, c'est qu'on n'a pas suivi les règles qui en concernent le manuel opératoire, très simple d'ailleurs et que je vais vous expliquer en quelques mots.

Supposons par exemple une tumeur à enlever. Ayant mesuré de l'œil l'endroit où doit être faite la section cutanée, le chirurgien insinue à une extrémité de la ligne à inciser l'aiguille de la seringue de Pravaz dans l'épaisseur du derme, et au fur et à mesure qu'elle avance dans le tissu, on pousse progressivement le piston; le liquide analgésique s'écoule alors et anesthésie en avant de l'aiguille le chemin qu'elle parcourt lentement.

Si la ligne à sectionner est plus longue que l'aiguille, on replonge celle-ci en avant du point déjà injecté, et on répète la même manœuvre jusqu'à ce que tout le chemin que parcourera le bistouri soit analgésié.

Il faut bien s'assurer qu'on est dans la peau, et c'est là une condition essentielle, car l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané ne provoque qu'une incomplète anesthésie.

On reconnaît qu'on fait bien l'injection dans le derme, à la résistance que l'aiguille éprouve en cheminant dans la trame serrée du derme, à une certaine élévation de l'épiderme, que produit l'injection au-dessus de son trajet, et à la pâleur livide que prend immédiatement ce bourrelet. Cette pâle boursouffure est due à l'action vaso-constricteur de la cocaïne, qui fait contracter les capillaires de l'endroit.

On doit attendre 3 à 4 minutes après l'injection, avant de commencer la section, mais ordinairement, dès que le bourrelet est apparent, on peut commencer de suite l'opération sans crainte de douleur, ni sous le bistouri, ni même sous le thermocautère.

L'incision sera, autant que possible, faite au centre du trajet cocaïnisé, car la zone analgésiée sur le trajet de l'aiguille n'a guère plus de trois à quatre centimètres de large.

Lorsqu'il faut opérer profondément, il est bon de superposer plusieurs injections dans la profondeur des tissus, pour mieux insensibiliser les diverses couches. Cependant l'insensibilité produite par l'injection intra-dermique s'étend fort loin en profondeur, et souvent cette seule injection suffira pour que le tissu cellulaire et les parties molles sous-jacentes se laissent dilacérer et couper sans provoquer de souffrances appréciables. Et j'affirme qu'en suivant les règles ci-dessus, il n'y a pas le moindre danger, et que le patient ne sentira pas la moindre douleur, tout cependant en percevant encore la sensation de contact.

Les détracteurs de la cocaïne prétendent, et cette erreur est courante, qu'elle est de nul effet sur les tissus enflammés. C'est là une grande erreur, car j'ai moi-même eu, plus de cent fois, la preuve du contraire, et une injection bien faite dans la peau enflammée par une lymphangite ou un phlegmon, dans un anthrax, un furoncle, permet d'inciser sans provoquer la moindre souffrance.

On a aussi insisté sur le fait que la cocaïne ne pouvait anesthésier les os; j'ai été moi-même, pendant un certain temps, de cette opinion, car alors les essais que j'en faisais sur ce tissu échouaient toujours presque complètement. Mais je me suis aperçu dans la suite que j'étais dans l'erreur, et j'ai vu que l'injection faite sous le périoste anesthésiait parfaitement les os de moyenne dimension, et l'amputation des doigts, des orteils, des métacarpiens et des métatarsiens, s'opérer en pleine analgésie.

On a dit aussi que son action était insuffisante aux douleurs causées par le thermocautère. Mais là encore on n'a pas réussi parcequ'on n'a pas su opérer. Or, on n'aura pas la moindre douleur si on opère vite. La chaleur que donne le platine rougi détruit au loin dans les tissus les réserves de cocaïne; si en effet on veut reprendre la diérèse au point où on l'avait laissée, la sensibilité reparaît, bien qu'on soit encore exactement dans la traînée de l'injection.

Il faut donc inciser vite et sans revenir sur les points où le thermocautère a déjà passé. En obéissant à ces règles, on a pu faire maintes cautérisations ou opérations au thermo-, ou au galvano-cautère.

A l'Hôtel-Dieu, j'ai pu enlever ainsi avec l'anse galvanique, chez un ancien consul, vieillard âgé de 53 ans, la moitié de la langue infiltrée d'épithélioma, et ce sans qu'il ressentit la moindre douleur.

On a aussi prétendu que la cocaïne était inefficace dans la région ano-rectale, et qu'on ne pouvait en obtenir l'insensibilité pendant l'ablation d'hémorroïdes, l'incision d'une fistule ou la dilatation de l'anus. Moi-même, au début de mes recherches, j'ai cru à cette infidélité locale, mais j'étais dans l'erreur comme beaucoup d'autres, et avec une certaine pratique de technique j'ai pu obtenir des résultats parfaits.

Voici comment il faut agir pour la dilatation : après avoir introduit dans le trajet sphinctérien un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à deux par cent et que je laisse là quelques minutes, nous faisons autour de l'orifice anal une sorte de couronne anesthésique, et pour cela nous enfonçons l'aiguille en six points différents et également espacés ; nous la poussons sous la muqueuse, dans les fibres internes du sphincter, jusqu'au niveau et même jusqu'au-dessus du rebord supérieur. C'est ici surtout que j'insiste sur l'écoulement graduel, car l'endroit est très riche en fibres nerveuses. Chaque injection est d'une demi-seringue d'une solution à deux par cent, soit, pour chaque injection, un centigramme de cocaïne, six centigrammes pour les six injections. Je puis alors à mon aise, et sans provoquer la moindre douleur, y manier le spéculum de Trélat.

Etant donné que le patient cocaïnisé ne souffre pas, il est facile de se rendre compte des immenses services qu'on peut retirer de l'usage de l'analgésie locale par la cocaïne. D'abord c'est un moyen beaucoup plus expéditif que le chloroforme, et d'une administration beaucoup plus facile. De plus son emploi n'est jamais suivi de tous les désagréments qui accompagnent la chloroformisation ou lui succèdent, tels que nausées, vomissements, etc. Enfin, le danger de son emploi est infiniment moindre que celui du chloroforme, et elle peut être administrée sans crainte chez les vieillards et les cardiaques.

La cocaïne est-elle vraiment dangereuse ? Quelqu'un prétendait, il y a trois ans, avoir trouvé cent vingt-six cas de mort par cet alcaloïde. Mais nous ne savons où un pareil dossier a pu être réuni. J'ai cherché minutieusement avec l'aide de mon interne, M. Isch. Wall, et de mon élève, M. Dolbos, tous les méfaits de la cocaïne ; nous avons compulsé toute la littérature médicale y compris les annales d'odontologie, et nous n'avons pu recueillir que quatre morts authentiques imputables à la cocaïne.

La mort dans ces quatre cas était pour ainsi dire inévitable, vu les énormes doses qui l'ont causée. Un cas était de 0.75 gr. et c'est la plus petite dose des quatre, les trois autres étant de 1.20 gr., 1.25 gr. et 1.30 gr. Ce sont là des doses vraiment héroïques, et aussi inutiles du reste que dangereuses. Il en est de cet alcaloïde comme de tous les médicaments, dont le moins toxique à doses exagérées amènerait la mort; les aliments même, pris en quantité trop grande, peuvent tuer.

J'ai commencé par employer la cocaïne à des doses folles, non pas par les accidents qu'elle m'a causés, je n'en ai jamais eu de graves, mais par l'inutilité de si hautes doses.

Je me servais alors d'une solution à 5 p. c., mais depuis deux ans je ne me sers plus que d'une solution à 2 p. c.

Étant donné cette solution à 2 p. c., chaque seringue de Pravaz contient deux centigrammes de cocaïne. Or il faut qu'un champ opératoire soit bien étendu pour demander sept injections, soit quatorze centigrammes.

Dans la plupart de mes opérations, et je parle des plus importantes: castration, cure radicale de l'hydrocèle ou de la hernie, ablation de tumeurs, etc., il m'est très rare de dépasser dix centigrammes. Dans les cas ordinaires, 4, 6 et 8 centigrammes suffisent amplement.

Autrefois je n'ai pas craint d'atteindre 20 et 25 centigrammes, mais, aujourd'hui, effrayé moi-même par la terreur générale qui entoure la cocaïne, je ne dépasse plus quinze centigrammes, et il faut bien se rappeler que lorsque nous incisons les tissus, au centre même de la région cocainisée, une partie de l'alcaloïde s'écoule au dehors, entraîné par le sang des vaisseaux ouverts.

Mais j'insiste surtout sur ce fait que la solution doit être à 2 p. c. car de là dépend toute la sécurité de l'emploi de cet alcaloïde. En effet, une longue expérience m'a maintes fois démontré que la cocaïne à 2 p. c. n'offre pas le moindre danger, ne produit jamais même les plus légers symptômes toxiques, et peut-être administrée à des doses bien plus élevées que si la solution était plus concentrée.

Il y a quelque temps, M. Verneuil fait à l'Hôtel-Dieu une injection de cocaïne, avec une solution à 10 p. c., il injecte à peine quatre centigrammes que son patient est pris immédiatement de symptômes alarmants. Or, on sait que quatre centigrammes est une dose bien modérée, même petite et tout-à-fait inoffensive. On ne peut expliquer les effets qu'il en obtint alors que par la concentration du liquide.

Comment expliquer ce fait, c'est peut-être difficile, mais il en est probablement pour ce cas comme pour celui du buveur qui, prenant des boissons alcooliques concentrées, s'intoxique beaucoup plus rapidement et plus profondément que s'il en prenait en plus grande quantité mais additionnées d'eau.

Néanmoins il n'en est pas moins établi que des accidents peuvent arriver. Les annales d'odontologie sont là pour en témoigner. Comment se fait-il que les dentistes subissent si souvent des accidents. On a d'abord dit que c'est parcequ'ils opèrent plus près des centres nerveux. On a prétendu aussi que les dentistes opérant toujours leurs patients dans la position verticale, ceux-ci étaient plus exposés aux syncopes.

Pour ma part, je crois qu'à part ces causes, la plupart des accidents sont des phénomènes émotifs, dûs soit à la terreur du médicament, soit à la terreur de l'opération. Moi-même, à l'âge de quatorze ans, je suis tombé en syncope pour une simple vaccination. Combien de cas de mort sont reconnus avoir été causés par la peur seule.

Par conséquent il ne faudrait pas mettre au compte de la cocaïne tous les accidents légers ou graves qui ont eu lieu pendant son emploi, car on a eu des accidents fatals durant les opérations, nonseulement lorsqu'on s'est servi de cet alcaloïde comme agent anesthésique, mais aussi, et bien plus souvent, pendant la chloroformisation.

D'un autre côté, beaucoup d'accidents sont imputés au chloroforme qui ne devraient réellement pas l'être, car avant la découverte de ce si puissant et si utile anesthésique, de nombreux patients succombaient pendant l'opération même, soit sous l'effet du choc, soit sous l'effet de la peur.

A l'heure qu'il est, j'ai pratiqué plus de onze cents injections de cocaïne dans différents cas, et jamais je n'ai eu d'accidents graves, et depuis que je me sers de la solution à 2 pour cent, non seulement je n'ai pas eu de symptômes alarmants, mais je n'ai même jamais eu la plus légère manifestation d'intoxication cocaïnique, tout en obtenant toujours une analgésie locale parfaite.

Enfin, je répète comme conclusion dernière que la cocaïne maniée avec mesure est un analgésique puissant qui rend les plus grands services dans la chirurgie journalière.

Notes d'Obstétrique et de Gynécologie ;

recueillies par R. CHEVRIER, M.D., (Laval)

Les abcès du sein, quoique constituant des accidents exceptionnels, peuvent parfois se rencontrer durant le cours de la grossesse. Une crevasse du mamelon, une simple éraillure, une éruption cutanée peuvent servir de porte d'entrée aux staphylocoques ou aux streptocoques, microbes pyogènes. Parmi les causes étiologiques de ces manques de continuité de tissu, on mentionne la succion des seins extemporanée et simplement

libidineuse, une poussée d'eczéma, ou enfin l'action irritante de l'acare qui se cantonne de préférence sur les jambes, le ventre, les espaces interdigitaux et les seins. On favorise la sortie des collections purulentes par les moyens connus, on applique des compresses antiseptisées dans une solution au sublimé. On combat l'eczéma s'il en reste encore quelques traces. Contre l'acare on prescrit un bain au sublimé et des frictions à l'essence de lavande.—Prof. TARNIER.

* * *

Assez souvent, après les applications laborieuses du forceps, les enfants qui naissent présentent sur un des côtés de la face certains signes qui frappent l'attention de l'accoucheur. C'est un aspect d'étrangeté, d'étonnement, qui s'accroît quand on fait crier l'enfant. Alors le côté sain se contracte, le front se ride, l'œil se ferme, tandis que de l'autre côté de la figure la peau reste lisse, l'œil ouvert, la narine ne se dilate pas, la bouche ne se contracte pas. On a simplement affaire à une paralysie du nerf facial, causée par une compression un peu forte d'une des cuillers sur le nerf, à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. La sensibilité est conservée, le nerf facial étant purement moteur.

Cette paralysie dure rarement au-delà de quinze jours et guérit d'elle-même ordinairement. Il y a pourtant certains cas graves où la lésion menace de se prolonger et d'amener une difformité ultérieure qu'il faut combattre par l'électricité.—Prof. BUDIN.

* * *

Les excès de coït dans les premiers jours de la conception sont une cause fréquente d'avortements qui passent inaperçus et qui ne présentent guère d'autres symptômes qu'une perte de sang un peu plus considérable. Ce fait est fréquent, surtout chez les prostituées et les primipares.—Prof. TARNIER.

* * *

L'opération d'Alexander, précédée d'une colpopérinéoplastie faite dans les conditions voulues, a toujours raison des rétroflexions anciennes avec endométrite. Le redressement de l'utérus souvent suffirait à guérir la lésion de l'endomètre, mais on hâte la disparition de cette inflammation par un curage à la curette tranchante.

La colpopérinéoplastie dans ces cas consiste à offrir à l'utérus un plan résistant, un périnée solide qui le soutiendra et aidera ainsi puissamment à l'action suspensatrice des ligaments ronds. Car il ne faut pas oublier que les rétroflexions ne sont parfois que la manifestation intime d'un prolapsus utérin. Les ligaments ronds distendus outre mesure par un prolapsus permettent à l'utérus de se fléchir. Ce procédé, d'un manuel assez simple, n'offre pas de dangers, et présente une statistique des plus favorables.—Dr. A. DOLÉRIS.

PARIS, décembre 1890.

La gynécologie et ses rapports avec la pratique générale de la médecine ;

par A. Laphora SMITH, M.D., Laval,

professeur à l'Université Bishop, chirurgien du *Women's Hospital*.

La gynécologie, cette partie si importante de la médecine, a fait des progrès tellement merveilleux et rapides et a tellement étendu son domaine, que le praticien doit nécessairement trouver difficile de se tenir au courant de ses progrès. A peine a-t-on le temps de se procurer un auteur sur le sujet, qu'un autre est aussitôt annoncé, et ce qu'on vient de voir dans le premier comme étant le meilleur mode de traitement, est beaucoup modifié ou tout à fait changé dans le second. Nous nous proposons donc d'écrire, à ce sujet, un article qui devra contenir des renseignements absolument pratiques sur les modes de traitement que nous employons dans la clientèle, tant hospitalière que civile.

Un grand nombre des cas qui tombent entre les mains des spécialistes pourraient être traités par le médecin de famille, si celui-ci pouvait établir un diagnostic précis, et plusieurs cas, diagnostiqués et traités à bonne heure, pourraient également être guéris par lui. Mais d'un autre côté il est un grand nombre de maladies qui demandent à être traitées au moyen d'appareils spéciaux et grâce à des connaissances spéciales que le praticien ordinaire n'est pas censé posséder ; ces cas doivent être confiés au spécialiste. Il est même des cas dans lesquels le devoir du médecin consiste à faire un diagnostic aussi hâtif que possible afin que le gynécologiste puisse pratiquer une opération avant que celle-ci soit devenue difficile et dangereuse en raison des adhérences.

Plusieurs maladies propres à la femme débutent avant le mariage par de la congestion chronique dont les causes pouvaient être alors facilement enlevées, par exemple, la métrite chronique et les tumeurs bénignes de l'utérus et de ses annexes. Cette congestion est quelquefois passive et produite par un obstacle mécanique à la circulation pelvienne, tel qu'un corset trop serré comprimant la veine cave supérieure, ou encore un engorgement du foie combiné à l'action du corset qui refoule cet organe vers la colonne vertébrale et empêche le retour du sang par cette même veine cave. La gêne circulatoire peut aussi être due à l'hyperdistension de la flexure sigmoïde du colon par les matières fécales, ce qui amène la compression de la veine iliaque commune gauche. Cette dernière cause explique en partie le fait que la douleur se manifeste le plus souvent du côté gauche.

Ce dernier point trouve une autre interprétation dans le fait que la veine ovarique gauche se vide dans la veine rénale, à angle droit, tandis que la veine ovarique droite s'unit à la veine cave inférieure presque parallèlement.

Il est facile de remédier à la plupart de ces causes, entre autres à la constipation. Celle-ci existait dans la plupart des cas de maladies des organes pelviens que nous avons eus à traiter. Si l'on veut instituer chez ces malades un traitement rationnel, on doit avant de s'attaquer aux effets, combattre les causes. Le fait est à peine croyable, mais véridique tout de même, que chaque jour, tant à l'hôpital qu'en clientèle civile, à la question: " Vos intestins sont-ils libres?" on nous répond invariablement: " Oui, j'ai une selle tous les sept ou dix jours." Beaucoup de femmes considèrent cette question comme impertinente et, soit par pudeur, soit par mauvaise volonté, répondent que les selles sont régulières, alors qu'elles ne le sont pas. Quoiqu'il en soit, nous sommes convaincu qu'il n'y a aucune amélioration à espérer dans ces cas tant qu'on n'a pas réussi à vider l'intestin une fois par jour.

Quant au corset, c'est là un obstacle qu'il est difficile d'enlever complètement. Le temps, la mode et l'habitude l'ont établi depuis longtemps, et d'ailleurs les femmes ne le portent que pour plaire aux hommes, calcul peu sage en vérité, car femme à taille mince veut dire femme malade et qui coûte cher.

Dans beaucoup de cas où nous sommes consultés, à une période avancée de la maladie, celle-ci aurait pu être diagnostiquée à l'aide d'une exploration bi-manuelle. Ceci nous amène à poser la question suivante: Dans quels cas le praticien doit-il ou ne doit-il pas pratiquer le toucher. Dans le cas de femmes non mariées, il est rare qu'une exploration digitale soit requise; l'apparence seule de ces femmes suffit souvent à établir un diagnostic, que certaines questions additionnelles achèveraient d'élucider pour peu que la femme s'y prête. Pour cette raison, il est mieux, dans le cas de jeunes filles timides, d'interroger la maman. L'apparence extérieure d'une jeune fille, la couleur de ses lèvres, le fait que le sang de ses règles est pâle et peu abondant, et que, durant les périodes inter-menstruelles, elle souffre d'une leucorrhée abondante, nous disent immédiatement que cette malade est anémique. Dans ce cas, l'emploi prolongé (six semaines à deux mois) de la pilule de Bland, à dose de une à deux pilules par jour, avant les repas, ramènera un peu de sang à son teint, mettra fin aux fleurs blanches et rendra la menstruation régulière tant en quantité qu'en qualité.

Si, au contraire, il y a constipation, comme cela arrive la plupart du temps, la pilule de Bland ne suffit plus, car, en même temps que les règles sont insuffisantes, il y a aussi plus ou moins de douleur due à la congestion concomitante. Il faut alors associer l'aloès au fer, comme dans la pilule officinale d'aloès et de fer, à dose de une à deux pilules, trois fois par jour, après les repas, suivant l'état des intestins. Si la congestion est intense e

le système nerveux débilite, il vaut mieux donner une potion contenant dix minimes d'acide phosphorique dilué, et autant de teinture de noix vomique et de teinture de perchlorure de fer; cette potion agit en stimulant l'appétit et en régularisant et tonifiant la circulation, mais comme elle n'affecte pas les mouvements de l'intestin, on doit la faire accompagner d'un purgatif léger, tel que le cascara sagrada, et cela jusqu'à ce que l'habitude et une diète convenable aient amené l'intestin à se vider sans l'aide des médicaments.

Les habitudes et occupations des femmes, particulièrement celles des jeunes femmes et des élèves de nos couvents, privent celles-ci de deux aides importants: la lumière du soleil et l'air frais. Malheureusement il n'est pas de médicament qui puisse remplacer ces nécessités vitales, de sorte que nous sommes autorisés à sacrifier leurs études, lesquelles, après tout, sont d'importance secondaire, pour que la jeune fille devienne une femme robuste.

Quand une exploration digitale des organes pelviens est devenue nécessaire chez des jeunes filles dans le but d'établir l'existence ou l'absence d'une tumeur du bassin ou d'un déplacement de la matrice, il est préférable de se servir du rectum dans ce but, attendu que c'est toujours chose sérieuse, pour le médecin, de pratiquer ce qu'on a appelé *un viol moral*, quand on peut l'éviter. Tel n'est point le cas, cela va sans dire, chez les femmes mariées; celles-ci, en règle générale, en savent assez long au sujet de leurs ovaires et de leur utérus pour ne pas courir le risque d'avoir ce qu'on a appelé *des ovaires dans le cerveau*.

Quand cette exploration est devenue nécessaire, elle doit être faite soigneusement, ce qui est impraticable si la malade reste couchée au milieu de son lit. S'il est possible il vaut mieux la faire venir à notre cabinet de consultation, où nous pouvons la placer sur une table ou sur la chaise à examens. Si l'on n'a pas de chaise mécanique, telle que la "Harvard," une table de cuisine ordinaire fera très bien l'affaire. On la recouvre d'un coussin ou d'une couverture doublée et munie d'un oreiller, mais il est absolument nécessaire qu'elle soit courte, si courte que la malade soit obligée de faire projeter au dehors la partie inférieure du bassin; un examen ne saurait être fait d'une manière complète si la femme est trop remontée vers le haut de la table. Pour cette raison, il peut être avantageux de fixer une planchette sur le haut bout de la table, afin d'empêcher la femme de remonter. Celle-ci doit être couchée sur le dos, les jambes pendantes ou appuyées sur deux chaises, ou sur des morceaux de bois fixés à la table et dépassant de quelques pouces de chaque côté. Nous le répétons, il est impossible de faire un bon examen si le bassin de la femme qu'on examine ne dépasse pas le rebord de la table.

Il est également impossible de bien examiner en se servant d'un seul doigt. Beaucoup de tumeurs du bassin ne sont pas fixes et échappent au doigt explorateur. En déprimant la paroi abdominale en dehors, fermement mais doucement, au moyen de la main

restée libre, celle-ci rencontre le doigt introduit à l'intérieur, si rien ne vient s'interposer, et s'il y a quelque chose, on peut le saisir entre les deux mains. De cette manière, rien ne peut nous échapper. Deux doigts introduits dans le vagin donnent beaucoup plus de renseignements que n'en pourrait donner un seul, et l'on est surpris de voir combien peu cela fait souffrir la malade. Non seulement nous pénétrons plus loin avec deux doigts, mais encore on peut saisir le col utérin entre ces deux doigts et remonter l'organe de façon à ce que la main restée libre au dehors puisse le palper à travers la paroi abdominale et en reconnaître ainsi les dimensions, la forme et la position, ainsi que l'existence de la grossesse ou d'un fibrome.

Ayant constaté l'état de la matrice, glissons les doigts dans le cul-de-sac de Douglas, où nous trouvons quelquefois un ovaire qui se reconnaît à la douleur intense (avec nausée) que la malade éprouve quand on comprime cet organe.

En portant les doigts encore en avant, de chaque côté de la matrice, la main extérieure comprimant toujours la paroi abdominale, on peut se rendre compte de la moindre maladie des ligaments larges, ou des annexes : hydro-, pyo-, ou hémato-salpingite, grossesse tubaire, etc.

En faisant cet examen, il sera bon de faire constamment la conversation avec la malade, afin de détourner son attention et d'amener ainsi le relâchement des parois abdominales. Faute de ce relâchement naturel, l'examen ne sera pas complet, surtout chez les femmes grasses, à moins qu'on ne donne un anesthésique.

Quelquefois, le doigt explorateur constate un état rugueux ou nodulé du col. Si la femme a atteint 45 ou 50 ans, si la ménopause est survenue quelques années auparavant, et si l'examen, quoique fait avec douceur, donne lieu à l'hémorrhagie, il faut soupçonner l'existence d'un cancer. N'oublions pas qu'il est rare de constater un écoulement fétide dans les premiers temps de la maladie. Plus tôt se fera le diagnostic de cette maladie, plus il y aura de chances de guérison par l'extirpation totale.

Dans d'autres cas vous trouverez un gros col nodulé, et l'examen ne causera aucun écoulement de sang; mais, alors en plaçant un doigt en arrière du col et un autre en avant, vous pourrez rapprocher les deux lèvres du museau de tanche déchiré. Vous avez ici la preuve d'une déchirure du col et d'une dégénérescence kystique des glandes cervicales, amenée par l'exposition prolongée de ces glandes. Cette éversion et cette exposition de la muqueuse du canal cervical étaient considérées autrefois, à tort, comme des ulcérations de la matrice, et le nitrate d'argent était libéralement employé avec de mauvais effets. En introduisant un spéculum de Cusco, on peut écarter davantage les lèvres de la déchirure et reconnaître une sécrétion filante qui sort du canal, signe d'endocervicite chronique. Quelquefois ces lèvres sont énormément gonflées et en les scarifiant à une profondeur d'un huitième ou

d'un quart de pouce, on peut soutirer de deux à huit drachmes de sang. En même temps on peut ponctionner et vider les kystes de leur contenu épais. Des tampons de coton absorbant saturés de glycérolé à l'acide borique à 10 o/0 devront être appliqués à l'aide du spéculum et de la pince, trois fois par semaine, pendant un mois; au bout de ce temps, toute la rougeur et la sensibilité auront disparu. Les surfaces déchirées seront alors avivées, le tissu cicatriciel dans l'angle enlevé, et l'avivement réuni d'après la méthode d'Emmet.

Qu'on nous permette de dire quelques mots sur la préparation des tampons. On prépare 70 paquets de coton absorbant, roulés *peu serrés* en forme de cylindre, de deux pouces de long et de un pouce de diamètre; on entoure le milieu du tampon d'un fil fort de 18 pouces de long. Ensuite on dissout 7 grains de bichlorure de mercure dans une chopine d'eau colorée avec un peu d'aniline ou autre substance colorante; on reconnaîtra ainsi que les tampons ont passé au sublimé; on plonge chaque tampon dans la solution et on exprime légèrement le surplus de liquide; chacun de ces tampons contiendra alors un dixième de grain de bichlorure. On les suspend dans un endroit chaud à l'abri de la poussière, et quand ils sont secs on les place dans une bouteille à large tubulure et on les recouvre de glycérolé à l'acide borique chaud (10 o/0). Ces tampons, appliqués sur le col une, deux ou trois fois par semaine, sont d'une grande valeur dans toute sorte d'inflammation pelvienne, amenant souvent la guérison au bout d'un mois ou de six semaines. Ils peuvent séjourner dans le vagin une semaine même sans inconvénient, mais il vaut mieux les enlever après 48 heures; la malade elle-même, en tirant sur la ficelle, peut les ôter, et alors elle doit se donner une douche d'eau chaude, deux ou trois fois par jour jusqu'à une nouvelle application.

La question des douches vaginales chaudes demande quelques renseignements spéciaux. Nous avons souvent ordonné à une femme de se donner des injections d'eau chaude et c'est ce qu'elle a fait? Elle s'est servi d'une petite seringue en verre pouvant contenir une cuillerée à thé de liquide, et destinée à seringuer les oreilles. L'effet est nul, on le conçoit. Pour faire du bien il faut que les douches soient employées comme suit: la femme doit être dans le décubitus dorsal, le siège sur le bord d'un lit ou d'un sofa, celui-ci étant recouvert d'une toile cirée qui conduira l'eau dans un seau placé plus bas. Un réservoir d'une capacité d'au moins un demi gallon est rempli d'eau aussi chaude que la patiente peut la supporter et suspendu au-dessus de celle-ci et l'embout en verre du tube irrigateur est introduit par le vagin jusque dans le cul-de-sac postérieur. Il faut prendre la précaution de boucher l'ouverture centrale de la seringue, autrement l'eau pourrait être projetée dans la matrice et déterminer des coliques fort douloureuses. Si on ne les avertit du contraire, les femmes prennent leurs injections

accroupies sur un bassin ; cela ne suffit pas, car l'eau sort à mesure qu'elle entre, sans toucher la matrice du tout. Tant qu'il reste encore de l'inflammation aiguë de la matrice ou des annexes, démontrée par la sensibilité au toucher et la rougeur au spéculum, la déchirure du col n'est pas dans un état convenable pour être opérée. Pour cette raison nous avons souvent été obligé de préparer la malade pendant un mois avant de l'opérer.

Dans les cas de pertes blanches qui ne dépendent pas de l'anémie et qui ne s'améliorent pas par les ferrugineux, nous trouvons que le traitement suivant manque rarement son effet : sulfate de zinc, acétate de plomb, à 1 once. Mêlez intimement et divisez en quatre paquets : chacun est destiné à faire une pinte d'injection, et cette quantité sert pour quatre fois ; il faut donc injecter le contenu d'une tasse dans le vagin, trois fois par jour.

Chez les femmes mariées, tous les écoulements, même blennorrhagiques, sont promptement arrêtés par l'application de tampons au glycérolé d'acide borique tous les jours ou tous les deux jours. Nous avons vu souvent des écoulements de la matrice même, être guéris par leur usage. Chez les femmes non mariées, on fait mieux de ne se servir que d'injections.

Parmi les choses qu'on peut parfaitement reconnaître par le toucher bi-manuel, il y a des déformations et des déplacements de la matrice. Ils ne sont pas tous d'égale importance. Ainsi, la matrice peut être très haut, à gauche ou à droite, et en avant, sans produire aucun mauvais symptôme. Il n'y a que quand elle est en rétroversion ou en flexion aiguë qu'il y a lieu d'y porter attention. Le plus souvent, les déplacements et les déformations dépendent du relâchement des fibres musculaires destinées à soutenir l'organe et en même temps de l'augmentation de poids de celui-ci. Votre premier devoir alors est d'en diminuer le poids au moyen de tampons de glycérolé à l'acide borique, et en second lieu, d'enlever toute entrave à la circulation en renforçant, par un bon régime, un air pur et la strychnine, les muscles affaiblis. Le traitement le plus effectif, quand il n'y a pas d'adhérences, c'est l'application de la faradisation, se servant d'un fil gros et court et d'interruptions lentes, les deux poles dans la matrice ou seulement dans le vagin. Ce moyen produit des milliers de contractions dans les fibres musculaires de la matrice et des ligaments, et est pour ainsi dire une gymnastique artificielle. Nous savons que chaque fois qu'un muscle se contracte, il se renforce. Nous avons guéri par cette méthode un grand nombre de cas de relâchements des organes pelviens. Lorsque la matrice est retenue par des adhérences, la faradisation ne servira à rien. Dans ces cas, nous avons coutume de faire de deux choses l'une : ou bien nous distendons ces adhérences graduellement au moyen de tampons, un, deux ou trois à mesure qu'il se fait de la place, et de temps en temps nous appliquons au fond du vagin de la teinture d'iode forte ; ou bien

nous faisons des applications du courant continu avec un électrode métallique dans le vagin, vis-à-vis les adhérences.

Par ces moyens combinés au massage pelvien, il est rare que nous manquions à replacer la matrice dans une bonne position. Dans les cas de prolapsus ou de rétroversion rebelles, nous faisons une section abdominale ; nous détachons l'utérus de ses adhérences avec deux doigts de la main gauche, et le retenant par le fond avec une pince à griffes ou un crochet pendant qu'un assistant aide du côté du vagin, nous grattons la surface antérieure de l'organe avec un couteau pour enflammer un peu le péritoine, et alors nous passons une aiguille courbe, enfilée avec du crin de Florence, à travers la paroi abdominale d'un côté, ensuite à travers la paroi antérieure de la matrice, sortant par la paroi abdominale de l'autre côté de l'incision. Trois sutures sont introduites de la même façon à une telle distance des bords de l'incision pour qu'en les attachant, la plaie abdominale soit non seulement fermée, mais, de plus, renforcie en arrière par la matrice. Nous avons pratiqué cette opération deux fois ce printemps : la première sur une sauvagesse de Caughnawaga qui nous était envoyée par notre ami, le Dr Patton, et chez laquelle la matrice pendait en dehors de la vulve, toute déchirée et saignante, par le contact avec les vêtements. Le plancher pelvien était tellement relâché qu'aucun pessaire n'aurait pu rester en place.

L'opération n'a duré qu'une vingtaine de minutes et n'a été suivie d'aucun symptôme douloureux ou fébrile. Les sutures furent enlevées le dixième jour. Le mari est venu chercher sa femme au bout de deux semaines, mais il n'a pas voulu prendre de voiture parce que ça coûtait trop cher, et la patiente a été contrainte de se rendre à pied de l'hôpital à la gare Bonaventure, un mille. Nous étions anxieux de savoir si les adhérences nouvelles résisteraient, mais nous avons appris depuis du docteur Patton que la matrice est encore fermement attachée en arrière du pubis. L'autre cas était celui d'une femme de 35 ans, bien souffrante et malheureuse par suite d'une chute de l'ovaire et d'une rétroversion de l'utérus, les deux organes étant fixés au sacrum par des adhérences. Ici nous avons fait la même opération, et de plus, enlevé les ovaires. Nous avons examiné la patiente neuf mois après et avons trouvé la matrice encore là où nous l'avions fixée, mais elle était devenue tellement atrophiée qu'elle n'avait plus que la moitié de sa grosseur normale.

Nous aurions encore beaucoup à dire sur les hémorrhagies, les fibromes et autres tumeurs bénignes et malignes de l'utérus et des annexes, mais nous continuerons dans une autre communication, croyant que celle-ci a déjà dépassé les limites permises. Nous ne dirons que ceci : le grand devoir du praticien général est de diagnostiquer ces tumeurs au plus tôt afin qu'elles soient enlevées avant qu'elles ne soient trop volumineuses, et surtout avant qu'elles n'aient contracté des adhérences dangereuses avec les intestins et les tissus pelviens.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Infection purulente spontanée—Clinique du professeur JACCOUD—M. Jaccond a présenté le fait suivant comme un cas d'infection purulente spontanée terminée par la guérison. Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital avec une température élevée et un état général grave quoiqu'il ne fût malade que depuis six jours. Son affection avait commencé brusquement par une grande lassitude, de l'abattement, de la céphalalgie, puis par des douleurs siégeant à la paume de la main gauche et à la plante des pieds, en un point où existaient des durillons, mais sans qu'il y eût à ce niveau trace d'inflammation. Quelques jours plus tard se produisirent des frissons, puis un foyer de broncho-pneumonie avec crachats contenant des pneumocoques et les parties douloureuses de la main et des pieds devinrent le siège d'abcès sous-épidermiques. Il est important de noter que l'état général avait été affecté avant toute détermination locale.

Cet état s'aggrava encore les jours suivants : De nouveaux foyers de suppuration se produisirent ; à la main droite d'abord, qui n'avait pas encore été atteinte, l'œil droit suppura ensuite et ne tarda pas à se vider (le pus renfermant des streptocoques en abondance), puis d'autres abcès se produisirent sur la jambe, dans la région fessière où le foyer très profond se cicatrisa néanmoins très rapidement grâce au pansement antiseptique, sur la cuisse et sur divers autres points. Au bout de trois semaines, la broncho-pneumonie s'était bien résolue, et les nouveaux foyers purulents qui se formèrent restèrent bien limités. Ce qui pouvait donner de l'espoir malgré tous les phénomènes d'infection, c'est que la broncho-pneumonie ne récidivait pas et que la cicatrisation des foyers s'opérait très bien, en effet la guérison survint bientôt, complète. Le traitement consista surtout dans l'emploi de l'alcool et de l'acide salicylique, la dose la plus forte de cette dernière substance ayant été de 2 grammes par jour.

Ces suppurations multiples ne peuvent s'expliquer que par l'infection purulente ; mais ici, toutes ses causes ordinaires, traumatismes ou maladies infectieuses, font défaut. La suppuration des durillons était évidemment secondaire et non primitive, et

l'altération de l'état général a, d'une façon certaine, précédé celle de l'état local. On ne peut invoquer aucune cause intrinsèque locale et il faut admettre que ce malade, par une disposition particulière de son organisme, était susceptible de faire du pus.

Il y a, en effet, des cas d'infection purulente, mortelle ou non, dans lesquels on ne peut attribuer la disposition du sujet à faire du pus qu'à la spontanéité de l'organisme. Cette manière de comprendre les choses n'est pas incompatible avec les découvertes modernes de la microbiologie, pas plus que celle-ci ne sont incompatibles avec l'étiologie connue de la pneumonie. On sait que la suppuration peut être produite par des streptocoques et il est facile d'admettre des conditions qui rendent l'organisme moins apte à lutter contre l'action de ces organismes. Ces conditions sont souvent le surmenage et l'alcoolisme. Ici cependant on ne trouvait rien de ce genre. Mais on ne peut pas néanmoins ne pas conclure que sous une influence que nous ne connaissons pas, il s'est fait des manifestations multiples à pneumocoques et à streptocoques, lesquelles sont évidemment sous la dépendance de ces microorganismes toujours prêts, comme on sait, à envahir l'économie.—*Journal de médecine pratique.*

Sur les formes précoces du tabes dorsalis, par le prof. KAHLER.—En fait de symptômes initiaux du tabes dorsalis, l'auteur s'occupe de ceux qu'il qualifie de *cérébraux*. Ils consistent en attaques apoplectiques, et surtout en accès de vertiges, manifestations qu'accusent presque tous les tabétiques. Mais on observe de véritables attaques d'apoplexie, qui laissent à leur suite des lésions en foyer, assez souvent des attaques d'épilepsie. M. Kahler a pu suivre pendant des années, des malades qui réalisaient cette forme de tabes au début; il a donc pu se convaincre qu'il ne s'agissait pas de paralytiques généraux.

Un autre symptôme précoce du tabes, que Kahler a observé dans plusieurs cas, est constitué par la migraine.

L'atrophie du nerf optique peut survenir comme manifestation initiale du tabes plusieurs années avant l'abolition du phénomène du genou; en pareilles circonstances, elle a cela de caractéristique de n'être presque jamais symétrique. Jamais non plus on n'observe, dans ces cas, le scotome central. Cette atrophie tabétique de la 2e paire a une marche très insidieuse. Son pronostic n'est pas absolument fâcheux.

Parmi les autres symptômes précoces en rapport avec une altération des nerfs crâniens, il y a lieu de mentionner des perversions de l'odorat, les bourdonnements d'oreille, la surdité. Puis du côté des yeux, le ptosis, la paralysie de l'oculomoteur externe, parfois le rétrécissement de la fente palpébrale, le phénomène de Robertson, parfois une déformation de la pupille. Le myosis est un phénomène relativement tardif.

On observe encore des symptômes qui intéressent d'autres nerfs crâniens : Paresthésies dans la sphère d'innervation du trijumeau, névralgies, anesthésies, chute des dents. La paralysie faciale est rare. Les crises laryngées, la tachycardie sont en rapport avec une altération du nerf vague; parfois on observe des crises qui ressemblent aux accès d'angine de poitrine.

Du côté des nerfs spinaux, on observe, en fait de manifestations précoces du tabes, des troubles vaso-moteurs de la peau, limités à un seul côté, plus rarement par des fractures spontanées des os, des ruptures tendineuses, des arthropathies.

Très souvent au contraire on observe comme manifestations initiales de la maladie, des symptômes gastriques, à savoir : la dyspepsie nerveuse; des vomissements paroxystiques; du côté de l'intestin on observe des accès de diarrhée et de coliques; du côté de la vessie, du ténesme et de la rétention d'urine; puis des crises urétrales; du côté des organes génitaux, l'impuissance virile chez des hommes robustes et bien portants en apparence, passa gèrement une exagération de l'appétit sexuel. Rarement on observe au début du tabes, des troubles du gros intestin, douleurs, tenesme, légèreté incontinence.

Enfin indépendamment de l'abolition du phénomène du genou, il y a lieu de mentionner comme autres symptômes initiaux du tabes, les paralysies limitées à l'un des membres ou à un groupe musculaire.—*Gazette médicale de Paris.*

Colite et péricolite, par le professeur Grocco — Il arrive parfois que la typhlite et la pérityphlite s'étendent plus ou moins dans la région du côlon ascendant donnant ainsi une colite et une péricolite par propagation; mais ces dernières peuvent aussi se développer spontanément.

M. Grocco a observé plusieurs cas de cette espèce : dans le premier la péricolite et la colite furent le point de départ d'une entéro-péritonite tuberculeuse, ainsi qu'il arrive souvent dans la pérityphlite. Trois autres cas se développèrent dans la convalescence de la fièvre typhoïde; deux autres, moins bien définis, se produisirent l'un chez une dame obèse sujette à la constipation, l'autre chez une cardiaque hémiplegique.

La maladie commence habituellement avec brusquerie, fièvre à 39° et plus, douleurs abdominales vives, localisées surtout à la région épocolique droite, nausées, vomissements, pouls petit et fréquent, etc. Le ventre est plus ou moins météorisé, et parfois seulement dans la région épocolique où l'on trouve une masse oblongue, à contours tantôt nets, tantôt mal délimités; la percussion habituellement douloureuse donne un son tympanique obscur, tandis que le reste de l'abdomen et la région du cœcum donnent un son clair. La constipation est très marquée.

La maladie peut récidiver : dans les cas favorables elle ne dure

guère que quelques semaines.—Sur les six cas qu'il a vus, Grocco note quatre guérisons et deux morts: la première dans le cas de tuberculose abdominale, la seconde chez sa malade obèse qui fut emportée au pout de quinze jours de vives souffrances par une perforation intestinale.

Comme traitement, l'auteur conseille les saignées locales et les cataplasmes sur le ventre, les purgatifs, l'entéroclisme, une diète liquide et peu abondante, le repos absolu. Plus tard les révulsifs. On doit surveiller attentivement les fonctions alvines pour prévenir les récidives.—*Lyon médical.*

De la tuberculose du foie.—Il y a quelques années encore, les lésions tuberculeuses du foie étaient mal étudiées; on n'attachait qu'une importance secondaire à la présence, souvent méconnue d'ailleurs, des granulations au sein de son parenchyme, et l'on ne voyait dans la stéatose hépatique qu'une lésion banale relevant d'une perturbation de la nutrition. Aussi ne trouve-t-on que des données très succinctes sur cette question dans les traités classiques d'anatomie pathologique. Cette lacune dans nos connaissances a été, en partie du moins, comblée par diverses recherches récentes, en France surtout. D'un côté, Thaon et Arnold démontrèrent l'extrême fréquence de l'infiltration miliaire du foie; de l'autre, l'étude des cirrhoses graisseuses fit connaître une nouvelle modalité de la tuberculose hépatique. La tuberculose, qui au début ne figurait qu'au second plan dans l'étiologie de cette affection pour combiner en quelque sorte son action stéatogène avec celle de l'alcool, est aujourd'hui incriminée par la plupart des auteurs de produire à elle seule à la fois l'infiltration graisseuse et l'induration scléreuse de la glande hépatique. Stéatose et cirrhose sont généralement considérées comme relevant d'un processus spécifique d'origine microbienne. Enfin, nous devons aux recherches récentes des notions plus précises sur les granulations du foie en ce qui touche notamment leur topographie et leur mode de développement.

L'anatomie pathologique a surtout bénéficié de cette enquête; pour reprendre la question au point où nous l'avons laissée dans une revue publiée ici même en 1885 sur les cirrhoses graisseuses du foie, nous avons à mentionner les mémoires de Baumgarten.

La question a fait moins de progrès en ce qui concerne la clinique; néanmoins on trouve quelques indications à cet égard dans la thèse de Lauth sur la cirrhose tuberculeuse du foie et dans la note d'Hanot et Gilbert sur les formes de la tuberculose hépatique.

Envisagée au point de vue anatomique, la tuberculose du foie se présente sous des aspects très dissemblables: granulations du foie et de l'appareil biliaire, infiltration graisseuse, inflammation spécifique diffuse dont le dernier terme est la sclérose. Quoique

ces diverses altérations soient ordinairement combinées, force nous est de les étudier successivement.

C'est au mémoire de Brissaud et Toupet que nous emprunterons la description des granulations tuberculeuses. On les rencontre chez la plupart des phthisiques sous forme de masses hyalines, disséminées au milieu du parenchyme plus ou moins altéré, et assez petites souvent pour être invisibles à l'œil nu. Discrète d'habitude, l'infiltration miliaire peut, en cas de processus aigu, notamment chez les enfants, devenir confluent. Enfin il arrive que les granulations s'agglomèrent pour former de gros nodules du volume d'un pois ou même d'une petite noix. Brissaud et Toupet ont insisté sur ce fait que dans chaque cas pris isolément les granulations présentent partout à peu près les mêmes dimensions et le même aspect.

Le plus souvent la tuberculose est limitée aux espaces portes et leur distribution dans le foie est subordonnée à la topographie des expansions intra-hépatiques de la capsule de Glisson. Tout autour des nodules tuberculeux on rencontre des cellules hépatiques en voie d'infiltration graisseuse.

Quand la tuberculose envahit les voies biliaires, elle se traduit par des altérations bien connues depuis le mémoire de Sabourin. Sur les parois des canalicules on trouve soit des granulations opalines, soit des nodules fibreux provenant d'un processus de guérison, soit enfin de petites cavernes dues à la fonte du produit tuberculeux. Celles-ci peuvent atteindre le volume d'une noisette, avec une paroi kystique, une cavité vide ou remplie d'un magma jaune et verdâtre.

Nous n'insisterons pas sur les caractères histologiques de la granulation hépatique, d'autant qu'ils correspondent au schéma classique du follicule tuberculeux; notons seulement qu'elle est riche en cellules géantes et pauvre en bacilles.

Nous devons dire un mot des recherches récentes sur le mode de développement de cette lésion. Quoiqu'il soit souvent difficile d'y reconnaître la présence de bacilles, on peut affirmer, grâce aux recherches expérimentées de Cornil, H. Martin et Ledoux-Lebard, Yersin, Gilbert et Lion, que les altérations marchent de pair avec la multiplication des parasites. La première étape du processus est la formation de coagulations intra-vasculaires autour d'amas de bacilles; puis à leur niveau on peut suivre le développement du nodule aux dépens des cellules endothéliales, des leucocytes et, d'après certains auteurs aussi, des cellules hépatiques.

Pour ne pas présenter un caractère aussi franchement spécifique que la granulation, la stéatose hépatique n'en relève pas moins également de l'infection tuberculeuse locale, et non d'une perversion de la nutrition générale. Ce qui le prouve, c'est la topographie des lésions d'infiltration graisseuse, telle qu'elle ré-

sulte des recherches d'Hanot et Lauth. Elles se localisent, en effet, soit autour des granulations, soit au voisinage des espaces portes. D'habitude dans le foie gras tuberculeux on trouve des granulations miliaires; mais quelquefois elles font défaut. Hanot et Lauth ont vu huit faits de ce genre.

Cette localisation systématique de la stéatose au voisinage des tubercules ou des vaisseaux conduit à penser qu'elle est le résultat d'une action directe exercée sur le parenchyme, soit par les tubercules, soit par des produits tuberculeux charriés par la veine porte et puisés dans l'intestin. A l'appui de cette thèse, Hanot et Lauth citent ce fait que dans leur huit observations de stéatose sans granulation il existait des ulcérations intestinales.

Mais si les produits tuberculeux ont une action stéatogène, faut-il laisser également une place à d'autres facteurs morbides, tels que le trouble de l'hématose dans la phthisie, ou à d'autres intoxications, comme l'alcoolisme? La chose est plus que probable, au moins pour les cas où la glande entière est infiltrée de graisse, tout en étant à peine tuberculisée.

D'autre part, il est fort rare que l'influence nocive du tubercule se borne à la dégénérescence graisseuse; le plus souvent il détermine dans le foie des lésions inflammatoires qui ont également un caractère spécifique. Leur point de départ est toujours le système porte; dans les espaces portes on trouve des traînées de cellules embryonnaires qui envahissent le tissu hépatique en suivant les vaisseaux, entourant les lobules et pénétrant parfois dans leur intérieur. C'est une véritable inflammation tuberculeuse en nappe: l'existence au centre de ces amas cellulaires des cellules géantes en témoigne.

Elle peut aboutir à une sclérose dont la topographie se déduit naturellement de ce que nous venons de dire. La cirrhose est, en effet, insulaire et diffuse; à la périphérie du lobule on voit des îlots de tissu scléreux d'où partent des travées irrégulières qui les unissent les uns aux autres, et les fibrilles qui pénètrent à l'intérieur du lobule; au milieu du tissu conjonctif de nouvelle formation sont parsemés des éléments embryonnaires et des cellules géantes.

Lorsque l'évolution est rapide, l'infiltration tuberculeuse généralisée, que la rétraction de l'organe n'a pas eu le temps de s'opérer, le foie est augmenté de volume et présente les caractères aujourd'hui bien connus de la cirrhose hypertrophique graisseuse avec prédominance des lésions, soit dans les éléments nobles, soit dans la trame conjonctive. D'autres fois, au contraire, lorsque le tissu conjonctif s'est organisé, la glande est diminuée de volume et offre un aspect analogue à celui des cirrhoses atrophiques vulgaires. Enfin, lorsque le processus scléreux est encore plus prononcé, la surface du foie apparaît labourée de profonds sillons, en même temps qu'à la coupe la glande est sillonnée d'épais

tractus fibreux. C'est le foie d'Hanot et Gilbert [Congrès de la tuberculose, 1888] qu'à l'aspect macroscopique on pourrait confondre avec le foie syphilitique.

Tels sont les types principaux du foie tuberculeux; mais il existe des cas très complexes où les lésions spécifiques semblent se combiner avec d'autres altérations, comme la cirrhose vulgaire et l'hépatite nodulaire, sans qu'on puisse savoir quelle part revient à la phytamose dans la genèse de la sclérose. Que de fois, par exemple, on est en droit d'incriminer, à côté de l'infection bacillaire, l'intoxication alcoolique ou la dégénérescence athéromateuse.

Si l'on songe à la diversité de ces formes anatomiques, à la multiplicité des influences morbides qui peuvent combiner leur action pour produire les lésions que nous venons de décrire rapidement, si l'on songe également que l'infection tuberculeuse est d'intensité très variable, on s'explique aisément que la physionomie clinique du foie tuberculeux offre les caractères les plus disparates.—[*A suivre.*]

Tableau clinique de l'hystérie sénile.—On croit trop volontiers que l'hystérie disparaît quand survient la vieillesse. M. MAURICE DE FLEURY, dans un mémoire original dont il a recueilli les éléments pendant son internat à Sainte-Périne, nous montre bien que l'hystérie peut persister jusqu'à l'âge le plus avancé; on lira avec intérêt le tableau vivant qu'il nous donne de ce qu'est, moralement et physiquement, une vieille hystérique.

Elle a de 50 à 75 ans, la figure ridée, presque toujours de faux cheveux et de fausses dents: elle n'aime pas qu'on aille la visiter de trop bonne heure, quand elle est au lit, dépeignée, son râtelier baignant au fond d'un verre, sa perruque à cheval sur le prie-Dieu. Bien rarement elle conserve les boucles à l'anglaise comme ses bourgeoises amies; elle se fait fabriquer des frisons, grisonnants à peine, pour en orner son front.

Elle est le plus souvent négligée, très désordonnée, peu soignée dans l'intimité; mais à votre première visite, si elle vous attend, elle se pare beaucoup au contraire, se fait très belle, orne sa chambre et manifeste un grand désir de plaire, anormal chez une vieille femme, presque pathognomonique chez la vieille hystérique. Car elle est pleine de prétentions, donne invariablement à entendre qu'elle a eu autrefois une fortune magnifique et que, malgré tous ses malheurs, il lui reste les plus belles relations mondaines. Elle oublie d'ailleurs aisément tout ce qu'elle vient de vous conter, pour vous dire que sa vie entière n'a été qu'un tissu d'infortunes, qu'elle est horriblement seule et délaissée, qu'elle a besoin d'affection, que son cœur cherche un cœur ami.

D'ordinaire, elle vous reçoit avec une froideur étudiée et de grandes manières, puis se familiarise brusquement jusqu'à vous

raconter, dès la première fois, des aventures très intimes, de préférences touchantes et sentimentales.

Pendant qu'elle vous parle, sa vieille figure, demeurée très mobile, exprime ardemment tout ce qu'elle veut dire ; elle s'alanguit, rêveuse et désolée, en vous mentant sur le passé, rit et montre ses fausses dents en vous racontant sa jeunesse, essuie volontiers une larme en disant que, Dieu merci ! la mort est proche qui la délivrera de cette abominable vie : puis tout à coup, elle vous supplie de la sauver, déclarant que son cœur est jeune et qu'il faut la conserver à l'amour de ses petits-enfants.

Bien qu'elle soit ordinairement à charge à sa famille, elle est persuadée que les siens ont grand besoin d'elle pour vivre. Pourtant, il est rare qu'elle puisse vivre avec eux ; le plus souvent, elle est brouillée avec ses enfants et ses gendres, ne les trouve jamais suffisamment respectueux et dévoués ; elle n'a pu demeurer avec eux, tant elle mettait fréquemment la querelle dans le ménage, et d'ordinaire, c'est elle qui exige de vivre à part, elle qui quitte ses enfants pour entrer dans une maison de retraite où l'on ne voit que gens aussi âgés que soi, où l'on n'a qu'à se laisser vivre, où l'on vit d'une vie nouvelle, assez semblable en somme à celle d'un pensionnat : cela n'est pas pour lui déplaire, car son esprit est plein d'enfantillages.

Rien n'est plus enfantin que sa manière d'orner sa chambre et de se parer elle-même.

Évidemment, elle a dû emporter tous les miroirs de la famille, tant il y en a dans sa chambre, alternant sur les murs avec des pastels aux tons tendres, quelques tableaux de genre représentant des scènes attendries ou de jeunes amants chastement enlacés, car sa nature est d'être plutôt sentimentale que franchement érotique. Les rideaux de fenêtre sont de couleur violente, jaune, rouge, vert clair, comme les tentures du lit et comme les tapis ; le lit est l'objet d'un culte spécial : elle y met, dans l'ombre des rideaux, une image pieuse, quelque Sacré-Cœur rouge et or, un miroir, des bouquets de fleurs artificielles.

Quand elle ne sort pas vêtue d'un peignoir défraîchi, elle se promène parée comme une vierge miraculeuse, vêtue de soie violette, coiffée d'un bonnet rose à rubans verts, ou bien en robe juvénile et claire, portant à profusion des bijoux, même faux. Non contente de porter perruque, elle se farde grossièrement. Il m'a été donné d'en reconstruire une qui plâtrait ses rides, noircissait ses sourcils et sa paupière inférieure, enluminaient de rouge ses lèvres et ses joues, abritait tout cela, été comme hiver, sous un parasol en dentelles blanches à transparent rose, si bien qu'on la nommait " la reine de Saba." Par les temps chauds, quand elle transpirait, les gouttes de sueur roulaient sur son visage, délayant, charriant toutes ces couleurs. Cette dame, jusqu'à la ménopause, avait mené, paraît-il, la vie la plus calme, la plus rangée : elle n'est devenue

tout à fait excentrique que dans la vieillesse, on même temps qu'elle devenait sujette aux spasmes douloureux de l'œsophage, spasmes que l'on pouvait provoquer par la pression sur la région épigastrique.

Ces détails ont une réelle importance pour le diagnostic. Chez la vieille hystérique, le désir de plaire, et l'emploi de pareilles moyens, sont des symptômes, au même titre que la boule hystérique ou une zone hystérogène.

Ce désir de plaire est de deux sortes :

Il est quelquefois amoureux, ce qui explique la fréquence des aventures sentimentales dans les maisons de retraite pour vieilles gens ; la vieille hystérique se fait une cour de vieux adorateurs, donne des soirées dans sa chambre, institue des assauts de galanterie, de véritables "cours d'amour." Elle perd aisément la notion de son âge, se croit encore pleine de séductions. Elle s'éprend aisément, et pour peu de temps d'ordinaire ; elle fait des avances aux jeunes gens si elle a l'occasion d'en rencontrer : tous les internes de maisons de retraite pourraient en témoigner ; l'un d'eux, aujourd'hui professeur à la Faculté de Paris, et membre de l'Académie, me racontait qu'un matin, faisant sa visite à l'infirmerie, une vieille dame extrêmement nerveuse qu'il auscultait l'avait brusquement embrassé, devant quinze personnes, en s'écriant : "Ma foi, tant pis !....." C'est là, du reste, chose ordinairement sentimentale, rarement érotique.

Même désir de plaire dans les relations amicales ; la vieille hystérique passe ses jours à vouloir rendre des services ; passionnément intéressée pour les affaires des autres, jusqu'à négliger les siennes, elle veut se mêler de tout, réconcilier les brouilles, et ne réussit qu'à envenimer les choses, et qu'à se faire des ennemies. Elle veut accaparer les soins du médecin, et si elle est dans une maison de retraite, l'attention de l'autorité administrative ; elle finit ainsi par passer pour une sorte d'espion, pour "moucharder," comme on dit au collège. On conçoit que ses relations avec ses compagnes soient difficiles et qu'elle ait de fréquents sujets d'énervement, de fréquents prétextes à crises nerveuses.

Ces crises sont fréquentes, en effet. Elles se déclarent d'ordinaire à la suite de quelque contrariété ou d'une perte d'argent, car si la vieille hystérique est parfois amoureuse, elle est souvent avare ; et le désespoir d'Harpagon s'observe fréquemment dans les maisons de retraite, à la fois comique et touchant, tant il est véhément et sincère.

Cela débute par de violents maux de tête, ou la sensation d'étranglement que l'on nomme boule hystérique ; la malade devient rouge, ses paupières frémissent, sa figure exprime l'angoisse ; parfois elle raidit son corps, quelques secondes, mais les mouvements convulsifs auxquels on s'attend ne viennent pas. La malade pousse des cris étouffés, déclare qu'elle étrangle, qu'il lui

est impossible d'avaler quoi que ce soit. Ou bien ce sont des crises aiguës, déchirants comme ceux d'une femme qui accouche : ce sont alors des coliques atroces dans la région de l'utérus ou du foie, des brûlures intolérables à la région vulvaire, des sensations de broiement dans les membres, de déchirements dans les seins.

Cela dure un quart d'heure, souvent davantage, rarement plus d'une heure. La crise s'apaise peu à peu en diminuant d'intensité ; elle finit fréquemment par des larmes, une émission abondante d'urine, quelques heures de lourd sommeil, mais non pas de sommeil hypnotique.

Les calmants ordinaires ne calment pas ces douleurs-là : la morphine, en particulier, provoque du délire, un demi-as-oupissement où la malade gémit encore et divague de manière à inquiéter l'entourage ; elle ne paraît point, du reste, diminuer sensiblement la durée de la crise.

Ces douleurs, on ne saurait trop le dire, sont d'une très grande intensité, très alarmantes au premier abord. D'ordinaire, chez les vieillards, la réaction douloureuse semble s'atténuer sensiblement. Il est fréquent de trouver à l'autopsie d'un vieillard des calculs dans la vésicule et les canaux biliaires, sans qu'il ait accusé de douleurs hépatiques pendant sa vie. Chez l'hystérique, au contraire, il est fréquent d'observer de l'ictère et des coliques violentes sans que l'on puisse trouver trace matérielle de calculs, par le palper local, par l'examen des selles, par le lavage à l'huile des voies biliaires. De même, les néoplasmes de l'œsophage, de l'estomac, du sein, de l'utérus, ne leur donnent ordinairement que des douleurs sourdes et lentes, tandis que la vieille hystérique, dont les organes ne sont pas réellement lésés, en souffre de façon cruelle.

Ces notions facilitent évidemment le diagnostic, qui, cependant, présente quelquefois d'assez graves difficultés.

La première fois qu'un médecin est appelé près d'une vieille hystérique, il lui est vraiment très facile de commettre une erreur de diagnostic.

Sa malade peut présenter, en effet, tous les symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage, et la première idée qui vient est celle d'un cancer.

Elle peut avoir une crise simulant l'angine de poitrine, et l'on pense à des lésions athéromateuses de l'aorte et des coronaires.

La dyspnée, accompagnée d'un point de côté, donne l'idée d'une pneumonie, d'une congestion pulmonaire, d'une pleurésie au début.

Le ballonnement du ventre, la constipation douloureuse, font songer à la compression d'une anse intestinale par une tumeur abdominale.

L'hépatalgie aiguë, souvent renouvelée, avec ou sans ictère, donne la presque certitude qu'on a affaire à un cas de lithiase biliaire.

Les coliques utérines, avec pertes au moment de la ménopause sans pertes plus tard, font croire à un fibrome, à un cancer.

Les brûlures vives du méat avec sensation de plaie sont difficiles à expliquer; pourtant j'ai vu porter le diagnostic de varice douloureuses du méat; diagnostic erroné, puisque l'examen le plus minutieux n'a pu montrer l'existence d'une dilatation variqueuse de la région.

Les crises clitoridiennes, les douleurs d'écrasement de la poitrine et des membres, de rongement dans le talon, la présence des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie, peuvent faire croire à une maladie de la moelle épinière, au tabes en particulier.

Dans tous les cas, je crois que l'erreur de diagnostic ne résistera pas à un examen méthodique, approfondi, des symptômes. On s'apercevra vite que le rétrécissement de l'œsophage est purement spasmodique, nullement organique; que l'angine de poitrine ne coïncide avec aucune lésion du cœur; que la dyspnée et le point de côté ne s'accompagnent point de lésions pleuro-pulmonaires; que la constipation et le ballonnement du ventre surviennent par crises entre lesquelles le ventre reste souple, sans que le palper le plus soigneux y puisse déceler la présence d'une tumeur; que l'utérus ne porte pas de néoplasme; que les symptômes pathognomoniques du tabes font défaut, que notamment les réflexes tendineux rotuliens ne sont pas abolis, mais normaux ou un peu exagérés.

Puis la marche de la maladie, le peu de gravité foncière de l'état général, écarteront l'idée d'une maladie organique.

Les fausses coliques hépatiques donnent plus aisément le change, surtout si elles s'accompagnent d'ictère: la première fois, il est à peu près impossible de ne pas s'y tromper. Pourtant, il faut se méfier, je crois, chez une vieille femme, de douleurs très véhémentes dans la région du foie, et se souvenir que bien rarement, chez le vieillard, la lithiase biliaire donne lieu à des douleurs aussi aiguës.

Mais, si une étude attentive des symptômes permet d'écarter l'idée de ces diverses maladies, le médecin n'en reste pas moins indécis sur l'étiquette à mettre. Aux questions de la famille il répond: "c'est nerveux", un peu timidement, comme quelqu'un qui n'est pas sûr de lui, s'il ignore qu'une femme de soixante-dix ans peut être bel et bien une hystérique: et son diagnostic par à peu près, son pronostic réservé, ne satisfont pas l'entourage.

Je voudrais que le présent travail lui permit d'y mettre plus d'assurance, d'affirmer avec fermeté, avec précision, sûr de lui, rassurant les autres.

Pour cela, l'étude du caractère de la malade, la recherche des causes morales déterminant les crises, lui seront d'un très grand secours. S'il découvre une zone hystérogène, il est sauvé. Il devra les rechercher surtout au creux épigastrique, dans la région

des omoplates, au sommet du crâne. Il ne trouvera point d'hémi-anesthésie, mais fréquemment des régions hyperesthésiées, dont la pression amènera une ébauche d'attaque.

Il saura qu'il n'a point à compter sur des attaques franchement convulsives, mais plutôt sur des spasmes douloureux ordinairement profonds, splanchniques, du domaine du grand sympathique. Et de la sorte, après avoir méthodiquement écarté l'hypothèse d'une maladie organique, il pourra porter avec quelque sécurité le diagnostic hystérie sénile.—*Médecine moderne.*

CHIRURGIE.

Des brûlures—Clinique de feu Daniel MOLLIERES.—Il y a quelques jours entrâ dans la salle Saint-Louis un malade qui était tombé le matin même dans une chaudière en ébullition. On avait pu l'en retirer presque immédiatement. Aussi, en examinant la surface de sa peau, l'on ne trouva que des brûlures superficielles. Mais ce pauvre homme était algide, ses extrémités étaient cyanosées, sa face anxieuse. Il avait de la dyspnée. Malgré la bénignité des lésions locales, il succombait le lendemain.

Nous n'avons pas eu le temps d'examiner ses urines, et les accidents ont été trop rapides dans leur évolution fatale pour qu'il m'ait été possible de vous parler de ce sujet. Nous n'avons pas pu faire son autopsie.

Nous avons encore, cette semaine, reçu dans le service un brûlé. Il s'agit d'un homme d'apparence robuste, qui fut environné d'un jet de vapeur, la soupape d'une chaudière s'étant brusquement débouchée au moment où il s'en approchait. Ces brûlures siégeaient sur la face et le tronc. Il souffrait horriblement au moment de son entrée à l'hôpital; ce qui nous frappa d'abord, ce fut l'algidité et la dyspnée extrême de ce patient, son anxiété. Le pouls était misérable. Et cependant les brûlures très superficielles n'étaient pas extrêmement étendues. J'ai vu souvent guérir des malades dont les lésions s'étendaient sur une surface incomparablement plus considérable. La femme de ce malheureux nous donna l'explication de ces phénomènes. Depuis longtemps, nous dit-elle, son mari avait eu des accidents calculeux graves du côté des reins, et, depuis longtemps aussi, il pissait de l'albumine.

Le malade est mort, et l'autopsie, malheureusement incomplète, a révélé l'existence d'une congestion des reins, de l'intestin et des poumons.

En troisième lieu, je vous signalerai une malade de la salle Saint-Paul, qui, elle aussi, s'est brûlée. Souffrant de douleurs (rhumatismales?), elle a cru devoir se frictionner avec un onguent dont nous ignorons la composition. Elle a eu l'imprudence de faire cette friction devant sa bougie allumée et l'onguent a pris feu, de sorte que la voilà avec les pieds et les mains brûlés. Nous ignorons à quel degré, car les pansements ont été encore rares (brûlures superficielles). Cette fille, affolée par la douleur, s'est jetée d'une hauteur de trois mètres environ. Malgré cette chute, malgré ces souffrances, son état général est bon et nous pouvons porter un pronostic absolument bénin, tout en faisant certaines réserves au point de vue des lésions locales et des troubles fonctionnels qu'elles pourront entraîner.

Enfin, vous parlerai je de cette jeune femme qui vient de temps en temps faire renouveler ses pansements et qui présentait une brûlure du tronc au troisième degré de toute la région scapulaire postérieure du côté droit et du moignon de l'épaule? Elle a aujourd'hui bon aspect, bonne mine, elle ne s'inquiète que de sa lésion locale. Sans doute, nous observerons chez elle des rétractions cicatricielles, contre lesquelles il sera peut-être nécessaire de pratiquer des opérations autoplastiques.

Mais ce n'est pas à ce point de vue que je veux aujourd'hui formuler le pronostic des brûlures, et comment il doit être envisagé dans l'intérêt du malade et dans celui du chirurgien. Mieux vaut souvent un bon pronostic qu'une cure merveilleuse pour la bonne renommée d'un praticien. Les erreurs dans le pronostic sont celles qu'on pardonne le moins. C'est sur ce point de pratique que je veux aujourd'hui attirer votre attention.

Pronostic local.—Nous aurons d'abord à formuler un pronostic au point de vue des lésions locales.

Vous savez tous que l'on distingue dans les brûlures un certain nombre de degrés. Les anciens chirurgiens, Heister en tête, admettaient trois degrés; c'est cette classification qui est encore adoptée en Allemagne pour des raisons qui ne sont pas d'ordre absolument scientifique. Nous suivrons la division en six degrés établie par Dupuytren. Peut-on quelques instants après une brûlure diagnostiquer son degré? La chose semble toute simple quand on vient de lire les descriptions classiques. Mais voici les gens du monde qui vont nous donner un avis salutaire.

N'oubliez pas que le *feu creuse*, nous diront-ils. Et, en effet, telle brûlure qui, de prime-abord, semble n'être que du premier degré est, en réalité, beaucoup plus profonde et entraîne de très vastes pertes de substance.

Voici un brûlé qui ne présente aucune phlyctène sur la surface atteinte, vous ne voyez qu'un peu de rougeur, et, tout autour du point qui est plus rouge, les téguments sont plutôt pâles. Quelques heures plus tard apparaîtront les phlyctènes, elles seront

discrètes surtout si, au niveau de la brûlure, il y a en outre un certain degré de traumatisme détruisant l'épiderme, en un point limité, là où la chaleur l'a désorganisé.

Quand on sait, à temps, faire au niveau d'une brûlure au deuxième degré une érosion épidermique, on voit au bout de quelques minutes s'écouler une certaine quantité de sérosité et il n'y a pas production de phlyctènes. Gardez-vous alors de formuler le diagnostic de deuxième degré, si la pâleur des téguments voisins persiste. La brûlure est beaucoup plus profonde, elle sera du quatrième degré.

Cet aspect normal de la peau brûlée avec des acides, l'acide nitrique en particulier, s'observe aussi dans les brûlures par le pétrole et les huiles minérales inflammables. Le pronostic doit être toujours réservé dans ces cas-là.

Le feu creuse, avons-nous dit, et cela par deux mécanismes :

1o Parce que les parties brûlées deviennent elles-mêmes brûlantes et agissent sur celles qui sont plus profondément situées. C'est ce qui nous explique la grande efficacité des bains froids immédiats, quand on peut y avoir recours au moment même de la brûlure. C'est par le même mécanisme que les eschares produites par les substances chimiques brûlantes deviennent elles-mêmes escharifiantes en se saturant de caustique, comme les parties brûlées, de chaleur.

2o Il creuse quand la brûlure est au troisième degré, parce que le corps muqueux de Malpighi est détruit. Or, il est une loi en pathologie cutanée, dont j'ai depuis longtemps constaté l'exactitude, c'est que la *destruction du corps de Malpighi est l'arrêt de mort du derme*. Cette loi formulée par Kuss trouve une de ses preuves les plus nettes dans l'histoire des brûlures. Il faut donc être très réservé quand on voit une peau presque normale sur le corps d'un brûlé. Au commencement de cette année, nous avons observé chez une vieille femme une brûlure au sixième degré. Lors de son entrée, l'aspect de sa main semblait permettre de formuler un pronostic relativement bénin.

C'est qu'à la suite des brûlures, même peu étendues, on voit plus tard se produire des rétractions cicatricielles tardives, dont il est difficile de prévoir les limites, mais qui sont toujours beaucoup plus considérables qu'on ne l'aurait pu supposer tout d'abord. Voyez, par exemple, ce malade de la salle Saint-Louis dont la main tout entière est emprisonnée comme dans un sac.

Ce sont là des désordres qu'il faut savoir prédire surtout lorsque, au point de vue légal, on a à se prononcer sur la gravité d'une brûlure et sur ses conséquences.

Pronostic général.—Pourquoi nos deux malades sont-ils morts ? C'est parce qu'ils présentent des brûlures très étendues. C'est surtout la surface des brûlures qui doit fixer le pronostic. Quand elle est considérable, on voit les malades mourir rapidement,

mourir peu après leur brûlure, ou plus tard, présenter certains accidents généraux graves dont l'interprétation est longtemps restée obscure.

A ces trois ordres d'accidents correspondent trois théories que l'on a voulu mettre à tort en antagonisme et que pour mon compte j'admets toutes les trois.

Les brûlés meurent au moment de la brûlure ou le lendemain avec des phénomènes thoraciques ou abdominaux ou avec les deux. Ces phénomènes sont caractérisés par une dyspnée excessive qui rappelle celle de l'urémie, et par des douleurs abdominales d'une intensité terrible. Les malades meurent asphyxiés.

Ce n'est pas seulement en supprimant les fonctions cutanées qu'agissent les brûlures, il y a encore une action réflexe sur le système nerveux, sur le grand sympathique.

Les congestions viscérales sous l'influence des impressions cutanées vives sont choses trop connues pour que j'insiste sur ce point. C'est là ce qui a tué notre malade de la salle Saint-Louis. Il y a eu non seulement suppression des fonctions de la peau (que peut dans une certaine mesure suppléer le rein), mais un réflexe produisant l'hypérémie d'un rein déjà malade. De là les phénomènes urémiques qui ont entraîné la mort.

Le froid agit comme la chaleur, et ce point de similitude des températures extrêmes a été bien décrit par M. Berne.

Nous venons de parler de violentes douleurs abdominales qu'éprouvent certains brûlés. L'autopsie révèle une congestion intense du péritoine viscéral et pariétal et des vaisseaux intestinaux. Mais dans quelques circonstances les douleurs sont très localisées, elles siègent au niveau du creux épigastrique. Ces phénomènes se terminent brusquement par des signes de perforation intestinale ou des hémorragies. A l'autopsie on trouve des *ulcérations au niveau du duodénum*.

C'est pour expliquer cette singulière localisation que l'on a créé la théorie embolique. On a pensé, et avec raison, que les lésions que nous venons de signaler sont causées par des embolies capillaires, et l'on a retrouvé dans le sang des animaux soumis aux expériences de petits bâtonnets constitués par du sang coagulé et cuit comme du bouillon.

Cette théorie embolique explique aussi la terminaison par nécrose de ces lésions, dont l'évolution est de tout point semblable à celle des infarctus qu'on observe lorsque des embolies d'autre nature viennent oblitérer les artères mésentériques. Pour plus de détails je vous renverrai à un mémoire publié par mon frère il y a quelques années.

Vous voyez combien grave est le pronostic immédiat de grandes brûlures. Son pronostic éloigné n'est guère plus favorable. Souvent, en effet, quand la suppuration a été assez profuse pour prendre une part réelle à l'élimination physiologique.

quand le traitement sagement dirigé au point de vue hygiénique a permis au patient de triompher des premiers accidents, il reste des lésions viscérales permanentes se manifestant par des symptômes graves que l'on n'a pas encore décrits didactiquement, car les faits sont en petit nombre.

Je ne veux pas aborder aujourd'hui cette étude, car les documents que je possède sont encore trop incomplets et trop peu nombreux ; qu'il me suffise aujourd'hui d'inscrire les grandes brûlures au bas du tableau étiologique des *néphrites chroniques*. Qu'elles soient de nature embolique ou qu'elles reconnaissent pour cause l'état de congestion permanente consécutif à la suppression physiologique de vastes territoires cutanés, peu importe.

Mais il est d'autres accidents qui sont bien probablement dus à des réflexes ; je veux parler de l'épilepsie qui a été souvent notée, de l'asthme et de l'angine de poitrine. Ce dernier accident est loin d'être rare. Vous devez le prévoir et le prédire, car vous êtes absolument désarmés pour le combattre.

Voilà comment vous aurez, et pour le présent et pour le futur, à faire la part du feu.

Quelles conséquences pratiques allons-nous tirer de ces considérations ? Quel traitement devons-nous préconiser ?

Je citerai tout d'abord le traitement immédiat, c'est la *réfrigération* et le *bain froid*. Il a pour but de neutraliser immédiatement l'action de la chaleur et d'empêcher le feu de creuser. On n'a que rarement l'occasion de le mettre en pratique, car le plus souvent plusieurs heures se sont écoulées entre le moment de la brûlure et celui où le chirurgien voit le brûlé.

Quant au traitement de la brûlure, il demande beaucoup de temps et de patience. Il faudrait bien des heures pour énumérer toutes les méthodes qui ont été proposées. Et malgré tous les progrès de la méthode antiseptique, je crois que ce qui vaut encore le mieux est le classique *liniment oléocalcaire*. Il va sans dire que c'est par ses propriétés antiseptiques (chaux) qu'il agit ; il répond, en outre, à l'indication d'isoler les surfaces brûlées de l'air dont le contact est toujours douloureux ; il doit enfin avoir pour complément un gros revêtement d'ouate antiseptique.—
Lyon médical.

Les lésions syphilitiques secondaires de la langue.—Clinique du professeur A. FOURNIER.—Ces lésions forment deux groupes distincts : les syphilides humides et les syphilides sèches.

Les premières sont très fréquentes. Commençons par étudier le *type érosif*. Il est extrêmement commun et bien peu de syphilitiques n'en sont pas atteints. Le plus généralement il y a plusieurs poussées de ce genre de manifestations, 10, 15, 20, 30 même. Cette forme de syphilides est souvent bien peu de chose. Elles

présentent l'aspect d'une érosion étalée, lenticulaire, aplatie. Ce qui les recommande à l'attention, c'est d'abord leur couleur : car elles tranchent, soit par une teinte plus foncée que le reste de l'organe, soit par une coloration grisâtre, comme diphtéroïde. De plus, elles ont un aspect lisse qui contraste avec l'aspect vilieux, tomenteux de la surface normale de la langue. Les plaques muqueuses sont uniques ou multiples; dans ce dernier cas, elles couvrent parfois une grande étendue.

Sur les bords de l'organe elles revêtent facilement la forme de fissures ou de rhagades : ce sont alors de petites lésions perpendiculaires à l'axe de la langue.

Au total, ces syphilides érosives sont de minimes lésions sans importance locale ; par contre, leur importance est excessive au point de vue de la contagion. Il est épatant que, quand on peut faire les confrontations, ce sont là les lésions qui sont le plus souvent la cause de la contamination de la femme par le mari. A ce propos, je dois insister sur deux points importants. En premier lieu les érosions secondaires n'ont pas de caractère spécial, elles ressemblent à l'érosion la plus vulgaire et cependant on les qualifie, dans vos livres, de caractéristiques. Caractéristiques par quel attribut ? Il n'y en a pas. On ne pourrait me citer un seul signe permettant de différencier la plaque muqueuse d'une lésion commune, telle que l'érosion de l'aphte, par exemple. En second lieu, les lésions peuvent être tout à fait minimes, minuscules, réduites aux dimensions d'une tête d'épingle ; elles peuvent perdre leur couleur habituelle et être alors à peine apparentes, de telle sorte qu'elles passent inaperçues. Il faut faire un examen attentif à la loupe pour distinguer de si petites lésions qui forment de petites taches roses plutôt que rouges. Cependant, il est d'un intérêt considérable de les découvrir, car quand un homme vous demande s'il est contagieux, il est absolument nécessaire de ne pas se tromper dans la réponse qu'on lui fait.

Le *type papuleux* est plus rare sur la langue. Cette syphilide y est, du reste, ce qu'elle est ailleurs. Elle forme de petites papules déposées sur la langue, faisant un léger relief et de couleur généralement rosée ou rougeâtre ; parfois les papules sont blanchâtres et revêtent l'aspect diphtéroïde dont je vous ai déjà parlé plusieurs fois. Très généralement, on les rencontre sur la face dorsale ; exceptionnellement, sur la face inférieure. Quelquefois, elles sont confluentes et forment alors une nappe papuleuse, *syphilide papuleuse agminée*.

Abandonnées à elles-mêmes, les syphilides papuleuses peuvent devenir *hypertrophiques* et forment alors des saillies rouges ou blanchâtres bombant la langue et donnant à cet organe un aspect particulier que l'on a comparé à celui du *dos du crapaud*.

Nous n'avons plus à parler que du quatrième type, le *type ulcéreux*. Les syphilides forment des ulcérations sans caractère

spécial, plus ou moins étendues, de forme régulière ou irrégulière, arrondie ou ovalaire, dont le diagnostic est impossible par les seuls caractères objectifs. On ne peut arriver à en reconnaître la nature que par l'examen complet du malade ou la recherche des antécédents.

Les *syphilides sèches* forment le deuxième groupe des syphilides secondaires de la langue. Elles ont reçu différents noms : glossite dépapillante ou tonsurante, psoriasis lingual, plaques lisses de la langue.

Elles forment sur la langue des îlots facilement distincts présentant un état lisse dû à la disparition des papilles ; à leur niveau, la surface de l'organe paraît avoir été tondue et l'aspect est très différent de celui qui résulte de l'état villeux de la surface normale. La langue est comme une pelouse au milieu de laquelle existerait une clairière dont le gazon aurait été fauché à ras. Au centre du velours lingual, il y a ainsi une surface comme fauchée. Cet aspect lisse n'est bien visible que lorsque l'on a enlevé la salive qui couvre l'organe en l'essuyant à plusieurs reprises avec un linge de toile. On voit alors que la surface de la syphilide est sèche, absolument sèche, et ne change pas de couleur lorsqu'on la touche avec le nitrate d'argent. Il n'y a pas trace d'érosion. Le nom de glossite tonsurante est très bien choisi pour désigner cette lésion.

Que se passe-t-il donc et comment expliquer cet aspect si spécial ? Quelques mots d'anatomie vont vous en faire comprendre de suite la raison. Les papilles filiformes sont surmontées, à l'état normal, d'un prolongement constitué par des productions épidermiques et atteignant 1 millim. et quelquefois 2 millim. de long. Or, quand on examine la langue au niveau des plaques sèches, on voit que ce prolongement est tombé comme si on l'avait rasé et que la surface dénudée est devenue lisse.

La glossite tonsurante est remarquable encore par un autre caractère : elle rentre dans les lésions syphilitiques qui n'ont pas d'âge. En général, comme vous le savez, la syphilis a des accidents qui correspondent à son âge : cependant, quelques-uns se produisent à toutes les périodes ; telle est la lésion improprement appelée psoriasis palmaire, telle est aussi la glossite tonsurante ; ce sont là des accidents déclassés. On les voit au bout de quelques mois de vérole ; on les voit au bout de dix ans. En ville, j'ai rencontré la glossite tonsurante dans des syphilis traitées datant de 5, 8 et 10 ans.

Il me faut maintenant vous parler du diagnostic des syphilides secondaires de la langue. Je pourrais m'étendre sur ce diagnostic d'une façon presque indéfinie, car on peut confondre ces syphilides avec la plupart des lésions de l'organe, les aphtes, la glossite nicotique, la glossite dentaire, etc.

Je n'insisterai pas aujourd'hui sur tous ces faits et ne m'appe-

santirai que sur une lésion dont les traités classiques ne font pas mention et qui cependant a une grande importance pratique, je veux parler de l'*herpès récidivant buccal chez les syphilitiques*. Il se présente généralement à votre observation de la manière suivante : Un malade dont la vérole date de quatre ou cinq ans, qui s'est traité méthodiquement, que l'on croit et qui se croit guéri, vient un jour vous trouver pour de petites érosions qu'il a sur la langue. Ces érosions sont petites, plates et ressemblent absolument à des plaques muqueuses ; c'est le diagnostic que vous portez et vous donnez le traitement spécifique. Tout disparaît. Quelques semaines, un mois plus tard, votre malade revient pour les mêmes accidents. Vous insistez sur le traitement, qui semble encore amener la guérison. Mais le malade revient encore et les choses peuvent continuer ainsi pendant des mois et des années.

Que de fois n'ai-je pas vu des cas semblables qui m'ont fait commettre de graves erreurs ! A l'hôpital et en ville, j'ai traité beaucoup de malades pour cette lésion. En constatant un insuccès constant, j'ai fini, de guerre lasse, par penser que je me trompais et qu'il ne s'agissait pas de syphilis, car le mercure aurait amené la guérison. J'ai acquis la conviction que ces érosions qui récidivent ainsi d'une façon désespérante ne sont pas de la vérole, car le mercure l'aurait guérie.

Après avoir beaucoup hésité et fait beaucoup d'hypothèses, je suis maintenant convaincu que ces érosions récidivantes sont de l'*herpès récidivant buccal*, analogue à l'*herpès récidivant génital* décrit par Doyon.

Voici comment cet herpès se présente à votre observation : On voit, sur la langue principalement, accessoirement sur les joues et les lèvres, des érosions, des excoriations tout à fait superficielles, petites, minimales et habituellement multiples. Elles ont une durée éphémère, qu'on les abandonne à elles-mêmes ou qu'on les traite. Elles guérissent en huit ou quinze jours, si le malade les irrite en fumant. Enfin, la récurrence est la règle et cela complète la ressemblance avec l'*herpès génital*. Les éruptions successives peuvent se prolonger pendant un an, deux ans et plus.

En dernier lieu, ce qui complète l'identité avec l'éruption génitale, c'est la configuration à la fois microcyclique et polycyclique. Je m'explique. Je vous ai dit bien souvent que l'*herpès* était polycyclique, parce qu'il se produisait sous forme de vésicules en bouquets et se réunissant les unes aux autres. Lorsque ces vésicules se rompent et s'érodent, nécessairement le contenu de l'érosion qui en résulte est formé d'une série de rentrants et de saillants, d'une série de petits contours, l'*herpès* est donc polycyclique. Mais il n'y a pas que l'*herpès* qui soit polycyclique ; des plaques muqueuses de la vulve, très rapprochées les unes des autres, arrivent au contact et leur réunion forme une surface qui a la même apparence polycyclique que celle de l'*herpès*. Mais

alors intervient le second caractère distinctif. L'éruption herpétique de la langue se présente sous ces apparences et on voit sur l'organe une petite lésion à contour sinueux, géographique, microcyclique. Ces caractères permettent d'affirmer le diagnostic.

En résumé, on rencontre fréquemment dans la bouche des syphilitiques une affection d'un ordre spécial caractérisée par des poussées massives et multiples de petites lésions érosives, c'est de l'herpès.

Il y a les plus grandes analogies entre cet herpès et celui de Doyon. D'abord, analogie de lésions; dans les deux cas, ce sont des érosions superficielles, éphémères; ensuite, analogie de marche; dans les deux cas, les récurrences sont incessantes, se continuent des années. Enfin, analogie de cause; l'herpès génital succède à des causes d'excitation, à des maladies vénériennes de la verge, blennorrhagie, chancre simple; l'herpès buccal est aussi sous l'influence des agents d'irritation qui agissent sur la bouche, syphilis, irritation nicotinique, irritation résultant du traitement mercuriel. Aussi, il est fréquent de rencontrer cet herpès chez des malades qui se sont traités longuement. Comme si on se trompe sur la nature de l'affection, on augmente pendant quelque temps les doses de mercure, on comprend l'effet nuisible qui en résulte.

J'ai insisté longuement, messieurs, sur l'herpès buccal, parce qu'il est très important, cliniquement, de reconnaître la maladie. Une erreur peut, en effet, vous conduire à prescrire au malade un traitement inutile, si non nuisible, et à lui interdire à tort le mariage.

Si, en effet, un syphilitique vient vous consulter au sujet d'un mariage et que vous preniez l'herpès pour des plaques muqueuses, vous lui défendez de se marier, tandis qu'il n'est porteur que de lésions inoffensives. Si, d'autre part, et c'est là une conduite logique, vous le bourrez de mercure, vous entretenez l'herpès par suite de l'irritation buccale qui survient forcément.—*Concours médical.*

Des incisions du parenchyme rénal. Leur réunion par première intention.—Depuis que la chirurgie attaque le rein, on s'est préoccupé du siège et de l'étendue des incisions qui permettent d'aborder la glande. On n'a pas étudié les sections chirurgicales du parenchyme lui-même—c'est ce que je veux faire ici. Le rein peut être incisé dans deux circonstances différentes: ou bien on est en présence d'un rein dilaté, qu'il s'agisse d'une hydro-néphrose ou d'une pyonéphrose, ou bien on est en face d'un organe ayant conservé tout ou grande partie de son parenchyme normal.

Tant que l'on s'est adressé à des lésions qui avaient réduit l'organe à l'état d'une coque mince, friable, sclérosée, dépourvue de vaisseaux et n'ayant plus de rénale que le nom, il n'était pas

nécessaire de se mettre en quête de sa physiologie pathologique, la néphrotomie se pratiquait sur la région du rein qui se présentait à l'opérateur, c'était l'ouverture banale d'une collection purulente avec déchirure des cloisons, ouverture complète des poches séparées les unes des autres. Les timides, dominés par le fantôme de l'hémorrhagie, l'incisaient au thermocautère; la connaissance plus complète des lésions entraîna bientôt tous les chirurgiens à se servir franchement du bistouri. Cette dernière pratique est la seule que j'ai employée. L'anatomie pathologique m'avait montré une sclérose complète des vaisseaux de l'organe, et des injections des gros troncs vasculaires, en pareils cas, m'avaient fait constater que l'hémorrhagie, même par les branches persistantes de l'artère rénale ne pouvait avoir grand inconvénient, leur lumière étant en partie oblitérée. Ces vaisseaux cheminent dans les cloisons du rein devenu saciforme; elles peuvent être déchirées complètement et sans danger d'hémorrhagie. C'est ce que j'ai fait dans les deux dernières néphrotomies que j'ai pratiquées à l'hôpital Cochin.

Dans ces cas de distension rénale, il n'y a donc pas à se préoccuper de la direction à donner à l'incision du rein.

La question acquiert, au contraire, une importance considérable quand la chirurgie s'attaque au *rein normal ou peu altéré*, quand on fait, en un mot, des néphrolithotomies. La richesse vasculaire de l'organe, ses pulsations synchrones à la systole cardiaque que j'ai enregistrées autrefois, l'abondance des hémorrhagies qui accompagnent ses néoplasmes ou ses plaies, sont autant de considérations qui devaient faire redouter l'incision du parenchyme. Cependant, en présence d'un *noyau calculeux* ou d'une *lésion indéçise du bassin*, il faut bien pénétrer jusqu'à l'origine de l'uretère. Ce sont ces cas—où le manuel opératoire devient délicat, mais où le résultat opératoire et thérapeutique peut devenir brillant—que j'envisagerai ici.

Pour pénétrer dans l'intérieur du rein, deux voies peuvent être prises : on peut passer par le bassin, ou traverser le parenchyme.

Les chirurgiens qui se sont basés sur de simples vues théoriques n'ont pas hésité à proposer le passage par le bassin. Il épargne les vaisseaux, il est plus direct, il semble moins dangereux; tout concourt logiquement à sanctionner ce choix, et on comprend que Edwards Otis et Bruce Clarke l'aient préconisé. En dehors des cas spéciaux où un calcul engagé dans l'uretère nécessite ce mode d'intervention, je rejette ou plutôt l'observation clinique et les expériences font rejeter ce mode d'intervention. La clinique nous prouve que les blessures ou les incisions de l'uretère laissent presque fatalement des fistules.

Mon élève M. Rollin, dans sa thèse sur les fistules néphro-cutanées, l'a démontré. Je sais qu'une suture peut mettre à l'abri de semblables accidents en réunissant par première intention la plaie du bassin, mais j'ai démontré ailleurs la difficulté de réunir ces

plaies, et les chances considérables de fistules auxquelles cette réunion expose. C'est là d'ailleurs une loi de pathologie générale pour tous les canaux excréteurs.

Je crois donc qu'en dehors des cas rares où on est obligé de faire porter l'incision sur le conduit excréteur, il est préférable d'opérer sur le parenchyme rénal.

Cette seconde voie paraît périlleuse à cause des vaisseaux nombreux qu'elle doit traverser et de l'hémorrhagie grave qui doit s'en suivre; l'hémostase y sera particulièrement difficile; elle sera plus longue, car le parenchyme est plus épais que le bassinet. Ces arguments donnés par Bergmann ont leur valeur; toutefois, je crois qu'ils sont un peu théoriques, et pour en juger, nous devons consulter les faits.

Puisque le système vasculaire du rein est en cause, il faut d'abord l'étudier. Les pièces en mains. L'étude de l'anatomie normale des vaisseaux du rein et celle de leur physiologie expérimentale m'ont conduit à des conclusions fort inattendues et presque paradoxales. Elles ont été vérifiées par l'application à la chirurgie humaine, et je puis les présenter aujourd'hui comme des données cliniques et opératoires. J'ai fait à l'École pratique, avec mon distingué collègue M. Lejars, des injections vasculaires intrarénales, puis j'ai disséqué les vaisseaux dans l'intérieur du parenchyme et j'ai constaté la disposition suivante: Les artères et les veines parties du hile s'irradient en conservant un fort calibre; elles suivent les deux faces antérieure et postérieure de l'organe; c'est à la surface du rein, loin du centre de l'organe, qu'elles cheminent, et toute section portant sur l'une de ces faces doit provoquer une abondante hémorrhagie. Au contraire, un plan qui passe par le bord convexe du rein, fendant le parenchyme comme dans une autopsie, arrive au bassinet en lésant un minimum de troncs vasculaires. Si surtout cette incision est limitée à la partie convexe la plus éloignée du hile et ne s'avance pas trop vers les deux extrémités du rein, elle rencontre vraiment très peu de vaisseaux et ne sectionne aucune grosse artère. Ces données anatomiques nous conduisent donc à regarder le bord convexe de l'organe comme le *lieu d'élection* pour pénétrer dans le bassinet sans crainte d'hémorrhagie grave.

Il est une seconde raison qui plaide en faveur de l'incision sur le bord convexe, raison toute physiologique. Le rein est un organe délicat dont le fonctionnement nécessite une irrigation sanguine contenue; si on sectionne ou on lie un de ces vaisseaux, le territoire correspondant est aboli au point de vue fonctionnel, et ce territoire est d'autant plus considérable que le vaisseau est lié plus près du hile. J'ai étudié expérimentalement ces dégénérescences. Elles se font très rapidement, ainsi que les travaux de Kolaczek sur les anoxémies épithéliales pouvaient le faire prévoir. Elles présentent une étendue variable, suivant le siège de la

section. Si elles portent sur la partie postérieure, la dégénérescence s'étend du plan de section jusqu'au bord convexe. Si, au contraire, elle suit ce dernier, elle n'a qu'une étendue de quelques millimètres de chaque côté de la plaie, ainsi que je l'ai figuré ailleurs; elle est donc très limitée, et cette perte vraiment insignifiante de parenchyme rénal doit entrer en ligne de compte pour la détermination opératoire. L'anatomie et la physiologie pathologique concordent pour nous faire choisir le bord convexe comme lieu d'élection.

Fort de ces premières données, j'ai cherché dans une série d'expériences quelle hémorrhagie provoquerait une telle incision. Sur les chiens, l'écoulement sanguin est abondant, et le premier flot qui se précipitait me parut tellement considérable que je fus sur le point d'abandonner toute idée de section au bistouri du rein normal. L'incision au thermocautère ne me parut pas plus heureuse, la perte de sang est aussi considérable. Les vaisseaux de petit calibre sont seuls oblitérés: l'avantage est médiocre, car après l'incision au bistouri leur hémostase spontanée se fait très facilement; quant aux grosses artères ou aux veines de moyen calibre, la cautérisation ignée ne modifie pas leur hémorrhagie, si bien qu'après avoir longuement essayé, je puis dire que *le fer rouge est impuissant* contre les hémorrhagies rénales. J'ajouterai qu'il a encore l'inconvénient d'empêcher toute réunion par première intention. Il semble qu'il soit bien simple d'obvier à cet inconvénient en agissant pour les vaisseaux du rein comme pour tout l'appareil vasculaire, par *la ligature*. Là encore on s'exposerait à de graves désillusions si on voulait suivre la logique; ces écoulements sanguins sont de véritables hémorrhagies en nappe, et de plus les vaisseaux dépourvus de gaine conjonctive sont friables, ils se déchirent sous les mors d'une pince. En vain cherche-t-on à les reprendre, ils cèdent de nouveau, et le sang coule de plus en plus; car à mesure que l'on pénètre dans le tissu du rein les vaisseaux ouverts deviennent de plus en plus volumineux.

Et ce n'est pas là une vue de l'esprit ou une observation de laboratoire. Nombre d'opérateurs ont été contraints de lier les vaisseaux du hile pour arrêter de semblables hémorrhagies, ou même de faire une néphrectomie quelquefois fatale. Sabatier ayant fait une incision exploratrice du rein, a été tellement effrayé par la perte du sang qu'il n'a vu d'autre remède que l'extirpation du rein; le malade a guéri avec un rein normal en moins. Mayo-Robson, a dû également, pendant une néphrotomie, pratiquer l'exérèse de la glande pour sauver le patient d'une hémorrhagie mortelle.—(A suivre).

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire dans sa première moitié, par le Dr. SMOLSKY.—Dans un long travail, où l'auteur s'appuie tant sur les nombreux cas qu'il a rassemblés dans la littérature que sur ses observations personnelles, il arrive aux conclusions suivantes. Dans l'état actuel de la science, le diagnostic absolument certain ne peut guère être fait avant trois mois lunaires. Il est inutile et même dangereux d'avoir recours pour le diagnostic au sondage de la cavité utérine ou au curage de sa muqueuse (dans le but d'extraire un morceau de muqueuse pour l'examiner au microscope au point de vue des cellules de la caduque, comme l'a proposé Wyder). Dans les cas difficiles, quand on soupçonne une grossesse tubaire et qu'on trouve une tumeur près de l'utérus, la laparotomie exploratrice est permise. Le meilleur traitement de la grossesse tubaire dans la première moitié avant la rupture de la poche, c'est la laparotomie avec extirpation de la poche. Si la rupture a eu lieu, la laparotomie devient obligatoire pour peu que l'état de la malade inspire des inquiétudes. Dans la grossesse tubaire à terme il faut prendre en considération également la vie du fœtus en fixant le moment de l'intervention.—*Gazette de gynécologie.*

Sur l'opération d'Emmet, par le Dr. J. GRAMMATICATI.—L'auteur regrette que l'opération d'Emmet n'ait pas encore obtenu la popularité qu'elle mérite, d'autant plus que, d'après Emmet, 32 o/o des femmes qui ont accouché présentent des déchirures du col. L'auteur en a trouvé 61 fois sur 613 malades gynécologiques, dont 395 avaient eu des enfants, ce qui fait 15.4 o/o.

La fréquence plus grande des déchirures du col, en Amérique, est expliquée par les Américains par le fait que la tête des nouveau-nés américains est plus grosse, vu leur supériorité intellectuelles sur les autres races (Wylie) d'autres, et Emmet lui-même, l'expliquent par l'application fréquente et intempestive du forceps et par l'ignorance de certains accoucheurs ne possédant pas de diplôme.

Le diagnostic même des déchirures du col peut présenter des difficultés—tout paradoxal que cela paraisse—et est notablement facilité par l'emploi des valves de Sims. Beaucoup de cas d'hypertrophie du col où on propose l'amputation ne sont que des déchirures méconnues. On propose, en général, l'ablation de la portion vaginale pour amener l'involution de l'utérus atteint de mé-

trite chronique ; mais Grammaticati a observé l'involution tout aussi bien après l'opération d'Emmet. Il cite à l'appui dix observations où, en même temps que des symptômes variés, tels que douleurs, leucorrhée, troubles physiques (mélancolie, érotisme), etc., ont été améliorés par l'opération d'Emmet ; il y a eu diminution de la cavité utérine, de un à deux centimètres.

L'auteur pense donc que les indications de l'opération d'Emmet doivent être sensiblement étendues, comme donnant les mêmes résultats que l'amputation du col et conservant un organe qui n'est point inutile. Citant encore trente observations d'opération d'Emmet pratiquées avec succès, il divise les cas de déchirures du col en trois catégories :

1o Dans la première, il n'y a point de symptômes locaux ; la fécondité des malades est augmentée ; d'abord les grossesses arrivent à terme, puis se terminent par des fausses couches ; c'est plutôt la nutrition générale en souffrance qui attire l'attention ;

2o Dans le second groupe, auquel finissent par aboutir les malades du premier, on trouve de la leucorrhée, des douleurs abdominales, lombaires, anales (compression du rectum par le col hypertrophié) ; des irrégularités de la menstruation, la dysparéonie, la stérilité ;

3o Le troisième groupe est formé par des malades occupant le milieu entre les deux premiers, dont le symptôme dominant est la leucorrhée.

Grammaticati a pu se convaincre par ses quarante cas personnels, qu'il n'y a pas de déchirure du col qui ne finisse par donner des désordres, qui parfois ne se montrent que vers la quarantaine. Il conclut donc que toute déchirure considérable doit être suturée, même si elle ne donne pas lieu à des symptômes bien marqués. Toute déchirure, même n'atteignant pas le cul-de-sac, mais allant jusqu'à la couche musculaire de la portion vaginale, constitue une indication opératoire.

L'essentiel dans l'opération, c'est suivant les cas, d'aviver les surfaces de la déchirure, d'enlever le tissu cicatriciel et parfois de faire l'abrasion de la muqueuse du canal cervical, quand elle est herniée et présente des érosions. L'auteur introduit les fils d'une manière oblique, presque perpendiculairement à la direction qu'Emmet donne à ses fils. Il enlève les sutures en partie le cinquième ou le sixième jour, ou en totalité le huitième ; il a toujours obtenu la réunion par première intention.

Quant aux contre-indications, Grammaticati considère comme telles la grossesse et les états inflammatoires aigus ; car s'il considère l'opération d'Emmet comme excessivement utile, il ne la croit pas urgente. L'endométrite ou la salpingite blennorrhagique ne sont pas justiciables de l'opération d'Emmet.—*Gazette de gynécologie.*

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

L'acide borique dans le traitement de la tuberculose.—M. Ernest GAUCHER rapporte dans une courte note et seulement pour prendre date, les recherches expérimentales et cliniques qu'il poursuit depuis cinq ans, relativement à *l'action de l'acide borique sur la tuberculose pulmonaire*, recherches qui ne sont pas encore terminées.

I. J'ai d'abord cherché, dit-il, à déterminer la toxicité de l'acide borique administré à l'intérieure et j'ai trouvé que la dose toxique de ce médicament était au moins d'un gramme par kilogramme d'animal.

II. Je me suis assuré ensuite que l'élimination de l'acide borique se faisait facilement par la sécrétion urinaire, et qu'il n'y avait pas à craindre d'accumulation (voir ma communication à la *Société médicale des hôpitaux*, séance du 17 janvier 1888.)

Depuis lors, j'ai constaté que l'acide borique s'éliminait, non seulement très facilement, mais très rapidement, à la façon des iodures par exemple.

III. *L'acide borique s'élimine aussi par l'expectoration*; on le retrouve en quantité très appréciable dans les crachats des malades atteints auxquels on l'a fait absorber par les voies digestives.

IV. Chez les lapins d'après les résultats de mes expériences jusqu'à ce jour, l'acide borique, administré à l'intérieur, avec les aliments, a empêché l'évolution de la tuberculose.

J'ai injecté à des lapins, dans un des poumons, avec une seringue de Pravaz, une à deux gouttes de culture pure de tuberculose. J'ai réussi, de cette façon, à produire une tuberculose pulmonaire locale, qui est devenue caséuse, sans se généraliser. Cette tuberculose a évolué plus ou moins rapidement; quelques lapins sont morts avec des lésions tuberculeuses dans le poumon inoculé; d'autres ont été sacrifiés et les mêmes lésions tuberculeuses ont été constatées à l'autopsie. Ces animaux témoins n'avaient subi aucun traitement.

À d'autres lapins, inoculés comme les précédents, avec la même culture, j'ai fait manger de l'acide borique pulvérisé, mêlé à du son. À l'ouverture de ces animaux, on n'a trouvé aucune lésion tuberculeuse, ni dans le poumon, ni ailleurs.

Pour obtenir ce résultat, il a fallu une dose quotidienne d'acide borique de 0.20 centigrammes, pour des animaux pesant environ 3 kilogrammes.

Je ne me dissimule pas que ces expériences ont besoin d'être

répétées un grand nombre de fois et j'institue en ce moment de nouvelles recherches.

V. Les résultats cliniques que j'ai obtenus de l'administration de l'acide borique aux tuberculeux, ont été exposés en partie dans ma communication déjà citée de janvier 1888.

D'une manière générale, j'ai observé chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire et soumis à l'usage interne de l'acide borique une diminution notable de l'expectoration qui devient plus fluide et moins purulente. L'acide borique n'est point caustique ; il n'a aucun goût ; il n'a jamais produit aucun trouble gastro-intestinal. Je dirai même qu'il m'a semblé prévenir la diarrhée des phthisiques.

Au point de vue du résultat final, j'observe depuis cinq ans des tuberculeux soumis au traitement borique, dont les lésions sont restées stationnaires et dont l'état général est très satisfaisant ; et, cependant, je n'ai donné, jusqu'à ces derniers temps, à mes malades, qu'une dose quotidienne d'un gramme. Cette dose est insuffisante ; d'après mes expériences sur le lapin, il faut arriver à 4 grammes d'acide borique par jour, si l'on admet 60 kilogr. comme poids moyen de l'homme. (0 gr. 20 : 3 kilogr. : : 4 gr. : 60 kilogr.). C'est la dose que j'atteins maintenant progressivement.—*Concours médical.*

Traitement des chancres mous par la créoline.—En faisant usage de la solution de créoline à 12 pour 1000 et 20 pour 1000 dans le traitement du chancre mou, le docteur José Brusque, de Pelotas (Brésil), a observé que la nature de l'ulcération se modifiait rapidement, même dans le cas où le sublimé et l'iodoforme se montraient paresseux.—C'est néanmoins par l'association de la créoline à l'iodoforme que l'on obtient avec une très grande rapidité la guérison des chancres mous.—*Bulletin de thérapeutique.*

De l'iodol dans la syphilis.—Chez quatre malades syphilitiques et un cinquième plutôt lymphatique avec ulcères variqueux ou tuberculeux, M. le Dr CERNA, ayant échoué avec le traitement spécifique (mercure, iodure de potassium et iodoforme), formula l'onguent suivant :

Iodol	1	partie.
Vaseline.....	4-5	parties.

A appliquer sur les parties malades.

Les résultats furent excellents : détergion rapide des ulcères et leur guérison, amélioration de l'état général.

Dans un sixième cas, il s'agit d'un diabétique. L'auteur s'étant rappelé les bons résultats obtenus par Moleschott, en 1882, dans le traitement de cette maladie par l'iodoforme, résolut d'essayer l'iodol qui, comme on sait, est un bon succédané de l'iodoforme. Il administra l'iodol en solution :

Iodol.....	1 partie.
Alcool... ..	3 parties.
Ou : Iodol... ..	1 partie.
Ether	4 parties.

à la dose de 0 gr. 36 à 1 gr. 20 par jour. Amélioration notable après un mois, et guérison complète après deux mois. L'auteur fait observer que, en cas de besoin, on peut donner sans crainte aucune jusqu'à 1 gr. 80 ou 2 gr. 50 par jour.

En résumé, l'auteur recommande l'iodol dans tous les cas de syphilis tertiaire où, par suite d'idiosyncrasie, le malade ne peut pas supporter le traitement spécifique.—*Journal de médecine de Paris.*

L'antisepsie par l'eau oxygénée, par M. PAUL GIBIER.—Malgré plusieurs travaux importants démontrant le pouvoir antiseptique de l'eau oxygénée (bioxyde ou peroxyde d'hydrogène) l'usage de cette substance ne s'est pas encore répandu. Cela tient à diverses causes, dont la plus importante est l'inégalité de composition du produit fourni par l'industrie sous le nom d'eau oxygénée.

Néanmoins si l'on parvient à se procurer cette substance à l'état de pureté, on peut s'assurer qu'elle possède des propriétés germicides extrêmement énergiques. Les expériences que j'ai faites sur différents microbes pathogènes m'ont prouvé que l'action destructive de l'eau oxygénée sur les microbes, est presque instantanée.

Un fait pourra donner une idée de la tolérance des tissus pour l'eau oxygénée à la dose antiseptique : lorsque j'essayai l'action de ce liquide sur le virus rabique, je fis en me servant du lapin l'injection de la dure-mère, sur le cerveau ; quand je retirai l'aiguille un bouillonnement se produisit, amené par le dégagement de l'oxygène, mais l'animal n'éprouva aucun malaise immédiatement après l'injection, ni jamais depuis.

Il semblerait que c'est sous forme d'ozone que l'oxygène agit dans l'eau oxygénée ; ce qui paraît le démontrer c'est que ce liquide donne les réactions de l'ozone et non celles de l'oxygène.—*Bulletin médical du Nord.*

Ne te plains pas, confrère, si la vie n'a pas réalisé toutes tes espérances : songe, pour t'apaiser, qu'elle n'a pas non plus justifié toutes les craintes.—Hélas ! Le monde est un bazar, où les profits ne sont pas tant pour les marchands, qui y apportent les ballots les plus précieux, que pour ceux qui y font le plus d'étagage. Mais bast ! de toutes les habiletés, la plus grande est encore d'être honnête et d'agir noblement.

FORMULAIRE

Rhume.

P.—Salicylate de quinine.....	1 grain
Acide arsénieux.....	$\frac{1}{32}$ —
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{32}$ —

M.—Dose : Une pilule toutes les deux heures suivant le besoin.
—*Gaillard's Medical Journal.*

Dysménorrhée.

P.—Acétate d'ammoniaque.....	$1\frac{1}{2}$ drachme.
Muriate de morphine.....	1 grain.
Sirop d'écorce d'orange.....	$\frac{1}{2}$ once
Infusion de menthe poivrée q.s. pour.....	4 onces.

M.—Dose : $\frac{1}{2}$ à 4 cuillerées à thé au besoin.—*National Druggist.*

Urétrite aiguë.—J. W. White.

P.—Salol.....	$3\frac{1}{2}$ grains
Oléorésine de cubèbe.....	5 —
Baume de copahu.....	10 —
Pepsine.....	1 —

M.—Recommande en même temps une injection de 2 à 10 grains de sulfocarbolate de zinc dans une solution de 10 ou 15 o/o de peroxyde d'hydrogène—*Medical News.*

Cancer.—Esmarch.

P.—Acide arsénieux.....	10 grains
Muriate de morphine.....	10 —
Calomel.....	80 —
Gomme arabique pulv.....	1 once

M.—En applications locales.

Anesthésique local.—Dobisch.

P.—Chloroforme.....	10 parties
Ether.....	15 —
Menthol.....	1 —

M.—En pulvérisations.—*Medical and Surgical Reporter.*

Pâte antiseptique.—Socin.

P.—Oxyde de zinc.....	50 parties
Eau.....	50 —
Chlorure de zinc.....	5 à 6 —

Mélez intimement. Cette pâte adhère solidement à la peau et rend superflu l'usage de bandes et de taffetas gommé.—*Journal de médecine de Paris*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, JANVIER 1891.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. LamarCHE, Tiroir 2010, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2010, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

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

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

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

M^{rs}. AMÉDÉE PRINCE & C^{ie}, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

BULLETIN.

La méthode de Koch.

Depuis la publication de notre livraison de décembre 1890, les expériences, contre épreuves, etc., ont continué à se faire dans les hôpitaux et aux cliniques, tant à Berlin qu'à Vienne, à Paris, à Londres, à New-York, voir à Montréal, au sujet de la nouvelle méthode préconisée par Koch. Comme nous l'indiquions en terminant notre article, les résultats ne semblaient pas devoir être des plus favorables. On ne pouvait rien conclure au sujet des tuber-

culeux au début ; chez les tuberculeux avancés, les succès avaient été nuls, et en plus d'un cas il y avait eu des accidents formidables, parfois suivis de mort ; enfin, de l'aveu de Von Bergmann lui-même, aucun cas de lupus n'avait encore été guéri. Les quatre semaines qui viennent de s'écouler ont suffi à confirmer ce qui précède, en l'accentuant davantage. Partout la lymphe a donné des résultats identiques : réaction fébrile dans la plupart des cas de tuberculose, mais *pas dans tous* ; absence de réaction chez la plupart des sujets sains, dont quelques-uns cependant ont réagi assez fortement ; résultats douteux dans la tuberculose pulmonaire initiale ; résultats nuls et même accidents mortels chez les tuberculeux avancés ; aucune guérison permanente chez les lueux. En somme, il ne reste presque rien des belles espérances que nos confrères allemands nous avaient laissé entrevoir, et l'on peut dire que la méthode de Koch a vécu.

Voici en quels termes M. le Dr L. H. Petit annonce le fait dans l'*Union médicale* de Paris, à la date du 3 janvier :

“ L'année 1890 est terminée, et avec elle la vogue, bien éphémère, après avoir été immense, d'une substance qui semblait destinée à rayer la tuberculose du cadre pathologique. Tomber si bas après avoir été porté si haut ! Quel enseignement ! Quelle leçon pour les hommes de science !

“ Aujourd'hui, toute la presse médicale est unanime dans ses appréciations et ses conclusions : la lymphe de Koch peut quelque chose contre le lupus ; il ne faut pas l'employer chez tous les lueux ; elle ne peut rien contre la phthisie pulmonaire. Je crois avoir été le premier en France, à la lecture des premiers documents qui nous sont arrivés d'Allemagne, à soutenir cette manière de voir, alors que tout le monde s'enthousiasmait pour la nouvelle venue, et à essayer de modérer le courant qui portait les médecins de tous les pays vers Berlin ; mes appréciations ont été sévères, mais n'ont jamais atteint l'amertume qu'on trouve maintenant dans la presse allemande contre celui qui paraissait semblable à un dieu il y a quelques semaines. On en veut à M. Koch en proportion de la désillusion, de la déception qui est survenue ; c'est une gloire rentrée, changée en four ; l'orgueil de nos voisins digèrera difficilement cette souris enfantée par une montagne, mais il faut cependant l'avaler.

“ La dernière leçon de M. le professeur Cornil, à l'hôpital Laënnec, a été un enterrement de première classe de la lymphe de Koch. Il n'y a plus qu'à suivre son conseil, à attendre les événements. Nous espérons qu'il s'en produira en France, dans la nouvelle année, quelques-uns d'une plus grande valeur que celui auquel nous venons de dire un dernier adieu.”

De son côté, *Simplissime*, le spirituel chroniqueur du même journal, fait ainsi à l'Institut Pasteur et au professeur Koch, ses souhaits du nouvel an :

“ A tout seigneur tout honneur ! A l'Institut Pasteur, je souhaite de trouver pour la guérison de la tuberculose mieux que la lymphe de Koch. Mieux, ce ne sera pas difficile, puisque, au point de vue de la guérison, la lymphe n'est pas beaucoup au-dessus du zéro. Je sais déjà, du reste, que l'on n'est pas trop mécontent, dans plusieurs de nos laboratoires, de ce qu'on a trouvé jusqu'alors, et que..., mais chut ! Soyons discret. N'imitons pas nos voisins et ne vendons pas la peau de l'ours avant de l'avoir mis par terre, ou, si vous aimez mieux, la peau du microbe avant de l'avoir exterminé.

“ A M. Koch, nous souhaitons un entourage plus calme, plus froid, moins emballé, plus allemand, si j'ose dire ; ces messieurs ont agi dans tout cela avec une véritable *furia francesca*. Allons, du calme, messieurs, du calme ! Nous lui souhaitons aussi le courage de résister à l'avenir à toutes les pressions gouvernementales, impériales ou autres, qui l'ont fait dévier de la ligne scientifique qu'il avait suivie jusqu'alors ; de ne communiquer à personne, avant d'en être parfaitement sûr, les résultats de ses expériences, afin de ne pas faire dire au monde entier qu'il a pris des vessies pour des lanternes. S'il trouve maintenant un autre produit, qu'il s'arrange de façon à ce qu'on ne l'appelle plus la *Kochine* (ne prononcez pas *Coquine*, s'il vous plaît).”

Il n'est plus, on le comprend, besoin de commentaires. Nous ajouterons, cependant, que peu de temps avant le naufrage définitif de sa méthode, M. Koch avait, sur l'instance de M. Von Gossler, ministre de l'instruction publique, refusé de donner la formule de son remède, attendu que le gouvernement allemand, sous prétexte de vouloir garantir au monde entier l'authenticité du produit, voulait se réserver le droit exclusif de le fabriquer. Maintenant que la méthode ne vaut plus rien ou à peu près, M. Koch sort de sa réserve et dit tout haut que la paratuberculine n'est qu'une culture de bacille tuberculeux en solution dans la glycérine. On s'en doutait bien, et la divulgation du secret ne surprend plus personne.

La Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.

Par suite de l'adoption du *Bill* amendant l'acte d'incorporation du Collège de Médecine et de Chirurgie de Montréal, les conditions d'existence de la Faculté Laval et du Collège de Médecine se trouvent modifiées de la façon suivante : Tous les professeurs de la Faculté Laval, telle qu'elle est actuellement composée, de-

viennent *ipso facto* membres de la corporation de l'École et, ainsi unis aux membres actuels de celle-ci, forment une nouvelle corporation, laquelle devient la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal. Ce sont deux corps ayant eu jusqu'ici vie distincte, et qui s'unissent pour n'en avoir plus qu'une. Désormais la Faculté aura, par la charte que lui apporte l'École, une vie civile personnelle et propre; désormais aussi l'École, dont l'affiliation avec l'Université Victoria allait cesser, aura une existence canonique, puisqu'elle s'unit à une université existant à la fois canoniquement et civilement.

Cette union, cette fusion comme on a voulu l'appeler, ne s'est pas faite sans de mutuelles concessions. Des deux côtés il y avait de naturelles et très légitimes prétentions que l'on a dû respecter dans toute la mesure du possible, mais au sujet desquelles chacun a été appelé à mettre, comme on dit, de l'eau dans son vin, en vue d'en arriver à une entente à l'amiable. Ce qui a peut-être le plus contribué à pacifier les esprits et à les diriger vers l'union, a été le désir, éprouvé par tous, de faire cesser une lutte qui durait depuis longtemps, et qui paralysait absolument le mouvement scientifique dans cette partie de la province. Tout nous fait espérer que, les divisions cessant et l'harmonie s'établissant entre les professeurs d'ici mais voués à une même tâche et dirigés vers un but commun, il en résultera pour la profession médicale, pour le corps enseignant et pour les élèves, une somme d'avantages qui feront plus facilement oublier les sacrifices faits de part et d'autre. Nous ne pouvons nous le dissimuler, l'enseignement de la médecine dans nos facultés est susceptible de plus d'une réforme, et ce ne sera pas trop des efforts réunis de tous ceux qui prennent une part active à cet enseignement pour mener à bien cette tâche si difficile.

Nous faisons des vœux pour que la Faculté de médecine de l'Université Laval, ainsi réorganisée et rendue plus forte par l'infusion d'un sang nouveau et l'addition de nouveaux éléments, commence immédiatement l'œuvre de réforme scientifique et en pousse activement la réalisation. Mais pour l'aider à cette tâche il faut plus que l'encouragement moral du public, plus que l'affluence des élèves, plus que les sympathies trop souvent stériles des amis de la haute éducation. Il faut des ressources pécuniaires suffisantes pour permettre à la Faculté de mieux équiper ses laboratoires, sa bibliothèque et ses musées, de mieux rétribuer ses professeurs, même d'en augmenter le nombre au besoin, enfin de donner à la jeunesse canadienne française un enseignement qui se puisse avantageusement comparer à celui de nos émules de l'Université McGill, et des grandes écoles des États-Unis et de l'Europe.

Tout ce qu'il a été possible de faire avec des ressources limitées a certainement été fait jusqu'au moment présent et tout le monde comprend que ça ne suffit pas. L'heure est donc venue de

créer à la Faculté des ressources nouvelles et fécondes auxquelles elle puisse emprunter les véritables éléments de sa vitalité. Qu'elle reste attachée à Laval ou qu'elle devienne indépendante dans un avenir plus ou moins éloigné, la succursale doit faire mieux que vivre au jour le jour, et si les personnalités importantes qui se sont donné tant de peine pour amener la fusion veulent dignement couronner la tâche qu'elles ont assumée—ce dont nous ne nous permettons pas de douter, elles devront savoir aussi à quelles portes il faut frapper pour trouver les millions nécessaires au parachèvement d'une telle entreprise. On nous a laissé entrevoir de splendides horizons; on a évoqué pour nous bien des espérances, et fait miroiter à nos yeux de très agréables perspectives, mais tout cela doit reposer sur une base solide, et la seule base qui puisse aujourd'hui supporter l'édifice universitaire, c'est l'argent. Le corps des professeurs est là tout prêt à fournir en abondance l'élément intellectuel et scientifique, aux patrons de la succursale à faire le reste.

Avis de l'administration.

Nous avons inséré dans le numéro de décembre les comptes dûs par nos abonnés, plusieurs ont répondu, les autres nous sauveraient bien du trouble et partant nous seraient bien agréables en faisant de même.

Monsieur A. L. Hamelin a cessé d'être le collecteur autorisé de l'UNION MÉDICALE DU CANADA.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

KEATING.—*Cycloædia of the Diseases of Children, Medical and Surgical.* Edited by John M. KEATING, M. D. Vol. IV. Illustrated.—Philadelphia, J. B. Lippincott Company 1890.

Ce quatrième volume de l'Encyclopédie des maladies infantiles complète dignement l'œuvre entreprise par M. le Dr Keating. Une première partie est consacrée aux maladies de l'oreille, puis viennent les maladies des yeux et l'hygiène de l'enfance. Un quatrième et dernier chapitre traite des maladies du système nerveux.

La partie consacrée à l'hygiène de l'enfance nous paraît particulièrement bien faite et absolument en rapport avec les besoins d'une époque où la thérapeutique vise avant tout à être préven-

tive. Nous mentionnons spécialement les articles sur le développement physique de l'enfant (Dr J. M. Keating), et sur l'hygiène des écoles (Dr D. F. Lincoln.)

Il suffit de citer les noms des Drs. Allan McLane Hamilton, Frs. T. Miles, Landon Carter Gray, A. Jacobi, Allen Starr, Chs. L. Dana, E. C. Seguin et E. C. Spitzka, pour faire comprendre que la partie qui traite des maladies du système nerveux ne laisse rien à désirer. Nous ferons une mention particulière des articles sur les convulsions infantiles (Lewis), la méningite tuberculeuse (Jacobi) et l'épilepsie (Gray). Dans cette partie, comme dans tout l'ouvrage du reste, les gravures, planches, tableaux, diagrammes, photographies, etc., sont répandues à profusion et ne contribuent pas peu à rehausser l'apparence générale du livre et à en augmenter la valeur.

En somme, nous croyons avoir enfin trouvé dans l'Encyclopédie de Keating ce que nous cherchions depuis longtemps: un ouvrage aussi complet dans chacune de ses parties qu'il l'est dans son ensemble, et dans lequel, sans négliger la partie simplement théorique, on a accordé à la partie pratique, au diagnostic et au traitement, la part la plus grande. Nous apprenons que la publication de cette Encyclopédie a été un succès sans précédent. Cela ne nous étonne aucunement et nous en félicitons et M. le Dr Keating et la maison Lippincott.—H. E. D.

DUVAL.—**Précis d'embryologie adaptée aux Sciences médicales**, par L. GILIS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. Préface de M. le Professeur Mathias Duval.—Un volume in-18, de la Bibliothèque Diamant, avec 175 figures dans le texte. Cartonné toile anglaise, tranches rouges, 6 fr., G. Masson, éditeur, 120 Boulevard St. Germain, Paris.

HAYEM.—**Du chimisme stomacal, (digestion normale; dyspepsie)**, par M. G. HAYEM, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et J. WINTER, préparateur du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris. Un volume in-18, cartonné toile anglaise. 4 fr. G. Masson, éditeur, Boulevard St. Germain, Paris.

CHARCOT.—Publications du *Progrès Médical*, Paris, 14 Rue des Carmes, Paris.—**Œuvres complètes de J. M. Charcot, Tome IX. Hémorrhagie et ramollissement du cerveau, métallothérapie et hypnotisme, électrothérapie.** Un beau volume in-8° de 571 pages, avec 13 planches en phototypie et chromolithographie. Prix: 15 fr.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—**La chirurgie antiseptique simple, histoire et théorie**, par le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Chez Rueff et Cie, éditeurs, 106 Boulevard Saint-Germain, Paris, 1890.

KELLY.—Antisepsis and Asepsis before and after major Gynecological operations.—By Howard A. KELLY, M.D., Philadelphia.

FESSLER.—Klinisch-Experimentelle Studien uber Chirurgische Infections Krankheiten, von Dr Julius FESSLER. Munchen, 1891.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le Dr. J. ASSELIN, spécialiste pour les maladies des enfants, a transporté son bureau au No. 49E rue St-Deuis.

Madame Deschamps, la *rebouteuse* bien connue du public montréalais, vient d'être condamnée à 50 piastres d'amende pour exercice illégal de la chirurgie.

Un décret récent du Président de la République annonce la transformation de l'Ecole de Médecine de Toulouse en Faculté, et nomme M. Caubet, doyen de la nouvelle Faculté de Médecine.

M. le Dr. Roberts Bartholow s'est, pour des raisons de santé, démis de ses fonctions de professeur de thérapeutique au *Jefferson Medical College*. Son successeur sera probablement le Dr. A. P. Brubaker.

A la dernière séance de la Société médico-chirurgicale du canton de Berne, M. Demme a attiré l'attention sur le rôle que pouvait jouer la suggestion dans les effets consécutifs aux injections du remède de Koch. M. Sahli a indiqué également l'action suggestive de la méthode, et a cité un cas où l'on a obtenu une réaction intense après l'injection d'eau pure.

La publication du *Traité de matière médicale et de thérapeutique* du Dr. H. E. DESROSIERS, se trouve forcément remise à cinq ou six mois par suite de l'incendie de l'imprimerie Beauchemin & fils, dans laquelle, se trouvait la partie déjà imprimée du livre, et qui a été détruite de fond en comble dans la nuit du 1er janvier. Fort heureusement, les manuscrits ont été sauvés. L'auteur et l'éditeur vont se mettre à l'œuvre pour commencer à nouveau l'impression de l'ouvrage.

Nécrologie.—A Montréal, M. le docteur A. P. SCOTT, professeur d'anatomie à l'Université Bishop.

Pour avoir de la veine au jeu.—Un correspondant du *Temps* raconte ce qu'il a vu à Pnom-Peuli, la capitale du Cambodge. Il y avait vu, fichées au haut de trois pieux, trois têtes de Cambodgiens qui avaient été décapités la veille à la suite de condamnations prononcées par la justice indigène. Les trois misérables avaient été condamnés pour un crime horrible : ils avaient ligotté la femme d'un d'entre eux, enceinte de trois mois, pour lui ouvrir le ventre et prendre le fœtus qu'ils ont fait cuire avec certaines herbes et mangé pour avoir de la veine au jeu. L'un des assassins était médecin.—*Lyon médical.*

Paternité et ressemblance.—En pays M'zabite, le mari ne doit partir pour un long voyage qu'après avoir fécondé sa femme, et à son retour il accepte la paternité d'un enfant né seize à dix-huit mois après son départ. En pays chrétien, les maris sont moins confiants et réclament de leur médecin une explication scientifique de certaines ressemblances de leurs rejetons.

Le *Mercredi médical* cite deux faits, l'un d'origine américaine et de date toute récente, l'autre, plus ancien, mais bien autrement probant.

Le docteur Grau Danforth a rapporté un cas dans lequel un enfant ressemblait exactement à un monsieur qui, à un dîner, était assis en face de la mère. D'après l'auteur, la question de paternité ne peut être mise en doute : la mère ne nourrissait certainement aucun sentiment affectueux pour le monsieur, qui avait les cheveux roux et des taches de rousseur.

Une impression maternelle de ce genre fait les frais d'une amusante histoire. Une dame blanche, mariée à un homme blanc, eut, comme envie de grossesse, l'envie d'aller tous les jours, avec son mari, contempler assidûment le nègre horloge de la Porte Saint-Denis. Lorsque l'enfant vint au monde, l'accoucheur éprouva quelque embarras à annoncer au père que son rejeton était un peu mulâtre. Il débuta par des périphrases, mais vite fut interrompu par le père anxieux qui demanda : " Vous aliez me dire qu'il est nègre ? "—" Mon Dieu, oui, répondit le docteur. —" Là, j'en étais sûr," conclut le mari.—*Lyon médical.*

Nous ne devons jamais oublier le distique inscrit au-dessus de la porte centrale du grand amphithéâtre de l'École :

Ad sedes hominum prisca amphitheatra patebant ;
Ut longum discant vivere nostra patent.

On a raison de glorifier les médecins, qui sont victimes du devoir professionnel.— A la fin de 1787, Girod, un médecin distingué de la Franche-Comté, mourut en soignant des varioleux. " Ne me plains pas, dit-il courageusement à un ami, je meurs sur le champ de bataille. "—Dr GRELLETY.