

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur les applications nouvelles du courant alternatif sinusoidal en gynécologie ; (1)

par le Dr G. APOSTOLI, de Paris.

Le courant alternatif sinusoidal que M. d'Arsonval a introduit dans l'électrothérapie est utilisable en gynécologie, et voici les résultats généraux et sommaires de cette nouvelle acquisition :

En cinq mois, de mars à août 1892, 34 malades de la clinique du Dr Apostoli, comprenant 12 fibrômes et 22 affections des annexes, ont été traitées par le courant alternatif. Elles ont été soignées avec le concours et l'assistance des Drs Grand et Lamarque, et au total 320 séances ont été faites.

Toutes ces malades ont été soumises à une application uniforme, un pôle dans l'utérus sous la forme d'hystéromètre, et l'autre sur le ventre par une large plaque de terre glaise. La durée de chaque séance était de cinq minutes ; elles ont été renouvelées de deux à trois fois par semaine.

La vitesse seule des alternances a varié suivant les circonstances, ou mieux la sensibilité des malades, pour osciller entre une moyenne de 4 à 6 mille, et un maximum de 11 à 12 mille par minute.

L'appareil qu'on a utilisé est le premier modèle construit par Gaiffe qui n'est autre qu'une machine magnétofaradique de Clark, modifiée et transformée par d'Arsonval, donnant à grande vitesse une différence maxima de potentiel de 64 volt et à vitesse moyenne, une différence de 32 volt. Cet appareil est actionné par la pédale d'une machine à coudre.

Toutes les 34 malades ont été scrupuleusement observées, et voici les conclusions générales que l'on peut dégager de cette période initiale de traitement, conclusions qui toutefois ne paraissent pas encore définitives au Dr Apostoli, en raison de l'outillage imparfait et de la durée relativement restreinte de l'expérimentation :

1° Le courant alternatif *sinusoidal* appliqué dans la cavité intra-utérine, et dans les conditions opératoires où le Dr Apostoli s'est placé, est toujours inoffensif et bien supporté.

2° Son application n'est suivie d'aucune réaction douloureuse ou fébrile, et s'accompagne le plus souvent au contraire d'une sédation manifeste.

(1) Première lecture faite au Congrès international de Gynécologie de Bruxelles, le 15 septembre 1892.

3^o Il ne paraît pas avoir d'action marquée sur le symptôme *hémorrhagie*, et aurait plutôt une tendance à provoquer quelquefois sa continuité.

4^o Il exerce une action très nette sur le symptôme *douleur*; cette action s'affirme dès les premières séances, et le plus souvent immédiatement dès la fin de la séance.

5^o Il combat très avantageusement, mais non constamment toutefois, la *leucorrhée* qui, le plus souvent, diminue ou disparaît.

6^o Il n'a pas d'action appréciable sur l'*hydorrhée* liée à certains fibrômes.

7^o Son influence sur la régression anatomique des fibrômes n'est pas encore nettement établie.

8^o Il active et favorise la résolution des *exsudats péri-utérins*.

En résumé, ce traitement, tout récent qu'il soit, et tout incomplet qu'il paraisse encore, a toutefois donné une réponse assez nette pour qu'il soit permis de le considérer comme une heureuse conquête de la thérapeutique gynécologique. Des recherches complémentaires permettront de préciser et de fixer dans un avenir prochain les conditions opératoires les meilleures pour combattre des états pathologiques différents (hypertrophiques, infectieux, ou phlegmasiques), et il y aura lieu de faire varier dans tel ou tel cas le *nombre*—la *durée*—le *rapprochement des séances*, et d'étudier les différences curatives qui résulteront des variations qu'on pourra imprimer au *voltage* et à l'*intensité* du courant, ainsi qu'à la rapidité des alternances.

Les résultats acquis prouvent que le courant alternatif sinusoidal doit prendre sa place en gynécologie à côté, *mais non encore au-dessus*, du courant faradique et galvanique.

Il est destiné à leur servir, soit d'auxiliaire actif en les complétant, soit à les suppléer et à remplir des indications personnelles et nouvelles que l'avenir établira avec plus de netteté.

C'est jusqu'à présent le médicament par excellence de la *douleur*, et, comme tel, s'il ne saurait faire table rase des applications faradiques et galvaniques qui ont fait leur preuve, c'est toutefois une arme de plus, et la *gynécologie conservatrice* ne peut qu'accepter tout ce qui tend à élargir et à fortifier son domaine.

Des contributions nouvelles du traitement électrique faradique et galvanique au diagnostic en gynécologie; (1)

par le Dr G. APOSTOLI, de Paris.

La gynécologie conservatrice a trouvé dans l'électricité son plus précieux et meilleur auxiliaire. La chirurgie, à son tour,

(1) Deuxième lecture faite au congrès international de gynécologie de Bruxelles, le 15 septembre 1892.

est également destinée à réclamer souvent l'appui du même traitement électrique pour éclairer sa route, confirmer ou rectifier un diagnostic douteux, imposer ou même hâter dans certains cas telle opération dont la nécessité ne paraissait pas d'emblée s'imposer, et en proscrire d'autre part telle autre comme superflue, inutile ou dangereuse.

Deux questions vitales et des plus difficiles à résoudre se posent tous les jours en gynécologie. Les annexes sont-elles malades? Si oui, y a-t-il du pus? ou bien quel est le degré de leur inflammation?

C'est pour résoudre ces deux problèmes qu'on fait tous les jours des laparotomies dites exploratrices, ou des castrations que ne légitime pas constamment le processus inflammatoire réel, et c'est pour la solution de ces mêmes problèmes que je propose le concours du traitement électrique préalable.

En effet, toute laparotomie, dite exploratrice, et toute mutilation pratiquée d'emblée, soit contre des douleurs dites ovariennes rebelles, soit contre une lésion des annexes de nature douteuse, devront être, à l'avenir, ou différées, ou souvent formellement prosrites avant d'avoir épuisé toutes les ressources, soit, d'un côté, de la *sédation faradique* soit, de l'autre, de la *réaction galvanique* intra-utérine.

J'affirme que les applications intra utérines, soit faradiques, soit galvaniques, interrogées avec sagacité et persévérance, sont destinées, le plus souvent, à éclairer le diagnostic dans les conditions cliniques suivantes dont voici la formule résumée et synthétique :

A. — *Courant faradique.*

Il doit nous instruire sur la véritable nature des *douleurs dites ovariennes* dont il est le calmant le plus efficace et le plus rapide. Toute douleur ovarienne, en effet est le plus souvent justiciable du *courant faradique de tension*, si l'on suit les règles et la technique opératoire que j'ai formulées, dès 1883, concernant le nombre des séances, la durée de l'application, le choix des bobines, le siège de l'intervention, etc.

Oui, toute douleur ovarienne, si elle est hystérique et rien qu'hystérique, est, sinon guérie, du moins presque toujours soulagée par le courant faradique de *tension* qui, d'ailleurs, reste à peu près impuissant contre les douleurs d'origine inflammatoire, et notamment contre celles qui sont liées aux inflammations des annexes.

Si donc, dans tel cas, le *succès curatif* nous éclaire sur le diagnostic, et nous impose une abstention opératoire; dans tel autre, au contraire, l'*insuccès* nous montrera que la douleur a sa source profonde qui réclame soit un traitement galvanique supplémentaire, soit une intervention opératoire.

B. — *Courant galvanique.*

Appliqué dans l'utérus, il est destiné à nous renseigner sur l'état d'intégrité des annexes, leur inflammation possible — ses degrés — sur l'existence du pus — sur la nature curable, ou non, d'un processus inflammatoire en voie d'évolution. Il peut et doit nous épargner bien des méprises avec leurs conséquences cliniques et opératoires — et éviter, par exemple, au milieu de beaucoup d'erreurs, celle qui est si fréquente et qui consiste à prendre un *fibrome sous-péritonéal* pour une *salpingite* et réciproquement.

Deux faits, en effet, de la plus grande importance dominent toute la thérapeutique galvanique intra-utérine :

C'est d'abord la *tolérance absolue* (sauf les exceptions que je vais signaler) de l'utérus, quand sa périphérie est saine ;

C'est ensuite son *intolérance* qui grandit avec l'état d'acuité de l'inflammation de ses annexes ; ce qui se confirme cliniquement, tous les jours, en premier lieu, par la tolérance variable des utérus pour une même dose galvanique, et, en second lieu, par la variation sur la même malade de cette même tolérance galvanique suivant l'état de ses annexes ; car si tel utérus supporte tout quand sa périphérie est saine, tel autre, au contraire, voit grandir son intolérance avec l'intensité de l'inflammation de ses annexes.

La sensibilité utérine au courant continu est donc, avant tout, vassale et tributaire de celle des annexes, et la réponse qu'elle donne est destinée à nous éclairer sur le degré présumé, ou non, de leur inflammation.

Ce qui le démontre du reste d'une façon péremptoire, c'est la preuve expérimentale que j'en ai acquise sur un assez grand nombre d'utérus, intolérants avant une castration qui, rendue plus tard obligatoire, a libéré à l'instant, une fois accomplie, l'utérus de son hypersensibilité galvanique, et lui a rendu une tolérance identique, ou à peu près, à celle que confère l'intégrité physiologique des annexes.

À côté de cette première source d'intolérance, la plus fréquente et la plus importante de toutes, se rangent d'autres causes, d'une importance et d'une fréquence secondaires, entre lesquelles il sera le plus souvent facile d'établir un diagnostic différentiel :

a) C'est d'abord l'*hystérie* franche avec ses réactions vives, subites, et son ensemble symptomatique qui frappe les yeux les moins clairvoyants ;

b) Ce sont ensuite les *tumeurs fibro-kystiques* de l'utérus, dont la nature maligne est très probable ;

c) Ce sont encore les *phlegmasies du bassin*, y compris celles de l'*intestin*, qui ont une histoire symptomatique très caractéristique.

Les conséquences cliniques qui découlent de ces prémisses, très brièvement exposées, sont les suivantes :

1^o Tout utérus interrogé galvaniquement à la dose de 100 à 150

milliampères, qui n'éprouve aucune réaction opératoire, et principalement post-opératoire, qui, non-seulement tolère cette dose, mais même voit s'atténuer les symptômes dominants (tels que douleur ou hémorrhagie) — tout utérus, dis-je, ainsi tolérant *à toujours sa périphérie saine*, ou du moins n'a pas d'inflammation *actuelle* des annexes justiciable de la chirurgie, et réclame un traitement électrique dont le dosage galvanique ne devra être limité que par les indications cliniques à remplir. Il peut même y avoir co-existence dans ce cas d'un *kyste simple de l'ovaire*; s'il n'y a pas inflammation des trompes, la même tolérance électrique sera conservée.

2° Tout utérus qui ne supporte pas 50 milliampères, ou qui les supporte mal, chez lequel les suites opératoires sont ou très douloureuses, ou fébriles, est un utérus dont la *périphérie est suspecte*, qu'il ne faut interroger qu'avec modération et prudence.

3° Tout utérus dont l'intolérance initiale s'atténue avec le nombre des applications, et dont l'amélioration symptomatique s'accroît et grandit avec le temps, appartient, soit à une hystérique, ou possède des annexes dont le processus inflammatoire est en voie de régression ou d'arrêt.

4° Tout utérus dont l'intolérance, au début, d'abord excessive (ne supportant pas 20 à 30 milliampères), se développe et grandit avec le nombre des séances, et s'accompagne d'une élévation de température est un utérus dont la périphérie est atteinte d'une lésion non justiciable de la gynécologie conservatrice. Ici une suspension du traitement galvanique s'impose, une fois le diagnostic ainsi élucidé, et il faut songer à une intervention opératoire qui, le plus souvent, sera une *castration* légitimée par une ovaro-salpingite d'ordinaire suppurée.

L'élection des sages-femmes.—Un juriste zuricois, M. Kung, vient de faire une curieuse révélation. Les femmes du canton de Zurich sont, paraît-il, en possession de privilèges extraordinaires.

Les communes ont le droit d'élire leurs sages-femmes. Il y avait autrefois, à cette occasion, des fêtes champêtres; les "électrices" se rendaient au cabaret et c'est la caisse communale qui payait les frais de la réjouissance.

Le droit à l'élection des sages-femmes fut peu à peu contesté, restreint, puis supprimé partiellement; le vote fut remplacé par une nomination à laquelle le conseil de santé procédait lui-même.

Aujourd'hui, la jurisprudence zuricoise a décidé que les nominations de sages-femmes auront lieu, dans les communes, soit par le suffrage des femmes, soit par le choix du conseil de santé.

Les femmes décideront, dans chaque cas, comment la nomination sera faite. Le conseil de santé a le droit de présentation; un de ses membres préside l'opération électorale, mais ne vote pas.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du sous-nitrate de bismuth sur le cordon ombilical.—Le docteur G. STUART, de Vahu (Chine), emploie depuis plusieurs années le sous-nitrate de bismuth en poudre pour le pansement du cordon ombilical chez les nouveau-nés. Il fait passer celui-ci dans l'ouverture d'un linge qu'on garnit de bismuth et qu'on replie; on saupoudre aussi l'abdomen autour du cordon qu'on relève et qu'on fixe par une bande. Les avantages sont les suivants: 1^o le cordon sèche très rapidement; 2^o il ne se dégage aucune odeur, surtout si l'on a soin d'ajouter du sous-nitrate dans les points qui ne sont pas parfaitement secs; 3^o la chute du cordon a lieu sans ulcérations ni hémorrhagies; 4^o elle a lieu plutôt qu'avec les autres méthodes, quelquefois au bout de trois jours, ordinairement après cinq jours et rarement après six; 5^o la cicatrice est plus ferme. Depuis qu'il a adopté ce moyen, M. Stuart n'a vu survenir aucun accident et a obtenu 100 pour 100 de bons résultats.—*Medical News*.

Une manière d'administrer l'huile de ricin.—Le goût désagréable de l'huile de ricin peut être masqué en administrant ce médicament dans la bière fortement mousseuse. L'écume renferme alors la plus grande partie de l'huile; l'estomac supporte très bien ce mélange qui provoque très rarement des vomissements. A recommander aux enfants et même aux grandes personnes.—*Lyon médical*.

La médecine vibratoire.—M. le professeur CHARCOT vient d'inaugurer, dans le traitement des maladies du système nerveux, un nouveau procédé appelé, paraît-il, à un avenir, et qui consiste dans l'emploi des vibrations rapides et prolongées, appliquées à la totalité du corps ou à l'une de ses parties.

Des expériences entreprises par M. Vigouroux en 1873 démontrèrent que les vibrations d'un diapason énorme, monté sur une caisse de résonance, ont exactement la même action physiologique que les métaux, l'aimant, l'électricité statique; elles font disparaître l'hémianesthésie et font cesser rapidement les contractures.

L'année suivante, Schiff arriva théoriquement à une conclusion identique. En 1880, Boudet, de Paris, poursuivit de nouvelles recherches sur les vibrations mécaniques locales et parvint, au moyen d'un diapason monté électriquement, à produire, durant huit à vingt minutes, une analgésie locale et même une anesthésie très marquée et à guérir ainsi des névralgies et des migraines très intenses.

En 1883, M. Mortimer Granville, qui revendique la priorité de ce nouveau traitement, publia les résultats remarquables qu'il avait obtenus " avec son clockwork percuteur " dans la névralgie faciale, mais surtout dans la " neurasthénie " à forme cérébrale ou spinale et la " migraine."

Ces faits n'échappèrent pas à l'attention du savant professeur de la Saipêtrière. Depuis longtemps, il avait appris des malades atteints de paralysie agitante, qu'ils retiraient un grand soulagement de voyages prolongés en chemin de fer ou en voiture. Pendant leurs voyages, les sensations si pénibles qu'ils ressentaient d'ordinaire semblaient s'atténuer d'une façon très marquée, et le bien être persistait un temps notable, le voyage terminé. En signalant cette particularité à ses élèves, il avait même émis l'hypothèse qu'on pourrait obtenir de bons effets de mouvements analogues à ceux d'une voiture en marche. Ce desideratum fut d'abord réalisé par le docteur Jégu, qui, aidé d'un ingénieur distingué, M. Solignac, fit construire un fauteuil pourvu d'un mécanisme spécial communiquant des mouvements rapides d'oscillation autour d'un axe antérieur et latéral.

Ces essais, interrompus malheureusement par la mort du Dr Jégu, furent continués par M. le Dr Gilles de la Tourette, sur six hommes et deux femmes. Il résulte de l'expérimentation que les phénomènes douloureux qui accompagnent si fréquemment la " paralysie agitante " subissent généralement une amélioration dès la cinquième ou la sixième séance de trépidation. Immédiatement après la descente du " fauteuil trépidant " le malade se sent plus léger et marche plus facilement, comme si la raideur avait disparu; les nuits deviennent bonnes, le sommeil est calme, bien-faisant. Le bien-être se fait surtout sentir le jour du traitement.

Pour imprimer au crâne des vibrations intenses, deux médecins électriciens, MM. Larat et Gauthier, ont imaginé un appareil, composé d'une sorte de casque à lames séparées, fort analogue au conformateur des chapeliers; à l'aide d'un artifice simple, les lames de ce casque emboîtent exactement la tête du sujet en expérience. Le casque est surmonté d'un plateau sur lequel se trouve placé un petit moteur spécial actionné par une pile vulgaire. Tout l'appareil est facile à manœuvrer, très portatif, et ses rouages peuvent marcher pour ainsi dire, sans interruption, sans crainte de dérangements. Le petit moteur donne environ 600 tours à la minute, tous très réguliers, produisant une vibration

uniforme, qui se transmet au crâne en totalité par l'intermédiaire des lames du casque. La tête tout entière vibre dans son ensemble, ainsi qu'il est facile de s'en assurer et plaçant la main sur une apophyse mastoïde.

L'appareil en marche fait entendre un bruit continu, sorte de "bourdonnement doux" qui n'est peut-être pas indifférent à noter au point de vue de la pathogénie des résultats obtenus. On peut à volonté augmenter ou diminuer le nombre et l'amplitude des vibrations par un procédé de réglage fort simple.

L'expérience prouve que la vibration ainsi pratiquée est un sédatif puissant du système nerveux. Une séance de dix minutes, faite vers six heures du soir, procure un sommeil calme dans la nuit correspondante. Huit à dix séances triomphent de l'insomnie, quand celle-ci n'est pas liée à une affection organique de l'encéphale. Les accès de migraine ont avorté dans plusieurs cas.

Bien que l'expérimentation n'ait pas dit son dernier mot, il est incontestable, dès aujourd'hui, que l'on peut retirer de grands avantages de la "médication vibratoire".—*Progrès médical.*

Le phénate de cocaïne.—On sait que l'acide phénique présente, au point de vue de son action locale, certaines analogies avec la cocaïne, puisque, comme cette dernière, il produit de l'ischémie et de l'insensibilité des tissus. On pouvait donc s'attendre à ce que la combinaison de ces deux substances sous forme de phénate de cocaïne possédât des propriétés thérapeutiques supérieures à celles du chlorhydrate de cocaïne, exclusivement employé dans la pratique. Or, les recherches de M. von Oefele (d'Hengersberg), qui, depuis quelque temps, se sert exclusivement du sel phéniqué de cocaïne chaque fois qu'il doit employer cette dernière substance, semblent établir que le phénate de cocaïne jouit réellement de propriétés anesthésiantes spéciales.

M. von Oefele a constaté de plus que le phénate de cocaïne, tout en exerçant une action analgésique locale beaucoup plus persistante que celle du chlorhydrate de cocaïne, offre en outre l'avantage de supprimer les chances d'intoxication cocaïnique. Ces propriétés et avantages du sel phéniqué s'expliquent par son insolubilité presque complète dans les sucs de l'organisme; le phénate de cocaïne, employé en applications locales, ne se résorbe que peu ou point, d'où l'absence d'intoxication et la persistance de l'action analgésique, qui pourrait durer jusqu'à trente-six heures. Le phénate de cocaïne peut être employé sans danger à l'intérieur ainsi qu'en injections hypodermiques.

Voici les formules dont se sert M. von Oefele.

Pour applications locales dans le pharynx, sur les amygdales, etc. :

Phénate de cocaïne.....	1 gr.
Alcool absolu.....	10 —

Mêlez.—Usage externe.

Phénate de cocaïne	1 gr.
Ether sulfurique alcoolisé.....	10 —

Mélez.—Usage externe.

Pour injections hypodermiques et pour instillations dans l'oreille (dans les cas d'otalgie) :

Phénate de cocaïne. 0 gr. 10 centig.

Faites dissoudre dans :

Alcool.....	5 gr.
-------------	-------

Ajoutez :

Eau distillée.....	5 gr.
--------------------	-------

Injecter le contenu de 1 à 3 seringues de Pravaz de cette solution.

Pour pulvérisations et inhalations (dans les affections du larynx et des bronches) :

Phénate de cocaïne.....	0 gr. 10 c.
Menthol.....	0 — 25—
Alcool dilué.....	10 —

Employer en pulvérisations la cinquième partie de cette solution dans le courant de la journée.—(*Bull. médical.*)

Du naphthol comme vermifuge. — M. DUBOIS, de Villers Bretonneux, a fait, à la Société médicale d'Amiens, la très intéressante communication suivante :

Une jeune fille de seize ans vomissait constamment, depuis cinq ou six mois, lorsqu'elle est entrée à l'hôpital de Corbie. Rien ne pouvant expliquer ces vomissements, M. Dubois pensa qu'il y avait des vers intestinaux. Il essayé tous les vermifuges sans aucun succès et administra le calomel, la santonine, et tous les médicaments donnés en pareil cas.

Cependant elle vomissait toujours, ne prenait plus guère de nourriture et atteinte maintenant de fièvre, elle s'amaigrissait. C'est alors que M. Dubois fut amené à administrer 0,45 centigrammes de naphthol par jour, en trois doses, et depuis quelques jours la malade a rendu 34 vers ascarides lombricoïdes, dont 3 encore aujourd'hui ; elle a encore vomé quelque peu depuis l'administration du naphthol, mais elle va bien et revient déjà à la santé. M. Dubois demande si on a écrit que le naphthol est un vermifuge, et, si cette propriété n'est pas connue, il la signale comme un fait important et curieux. fort utile à noter.

En ce qui concerne l'origine de ces ascarides, il sait seulement que la famille à laquelle appartient sa malade boit de l'eau du canal de la Somme, à Fouilly, près de Corbie, et mange presque uniquement du porc.

M. Peaucellier demande si, malgré leur durée, on ne pouvait attribuer les vomissements à de l'obstruction intestinale.

M. Dubois n'y a pas songé, attendu que le ventre était plat et que la malade allait à la selle.

M. Bax dit qu'à Corbie, dans la cité ouvrière, on boit de l'eau stagnante d'un puits à peu près exclusivement; toutes les personnes qui en boivent ont des ascarides.

En second lieu, il cite encore la rue de la Boulangerie qui borde la rivière et n'a qu'une seule rangée de maisons; tous ses habitants ont des ascarides. Partout ailleurs, dans Corbie, on ne trouve plus d'ascarides.

M. Louis Lenoel fait observer que l'ascaride lombricoïde habite aussi bien le canal digestif des poissons que celui de l'homme et que, par conséquent, on le trouve surtout dans les eaux courantes.

M. Froment croit néanmoins que beaucoup de puits contiennent des œufs d'ascarides lombricoïdes, soit qu'on y jette les déjections des fosses d'aisance, soit que ces fosses communiquent par des fissures avec les puits.—*Gazette médicale de Picardie.*

La musique en thérapeutique.—Dans une récente conférence sur l'*Influence de la musique sur l'organisme humain*, le professeur TARCHANOW, de St. Pétersbourg, affirmait que la musique rendait les plus grands services en médecine, et que, par son propre usage, le système peut s'accorder comme un instrument de musique. Ceux qui souffrent de désordres du système nerveux, les épileptiques principalement, peuvent, d'après lui, ressentir un certain adoucissement, car, dans certains cas, il produit un effet contraire à celui qu'on en attend. Ceci, soit dit en passant, n'est pas un déshonneur pour la vertu thérapeutique de la musique, puisqu'on pourrait dire exactement la même chose de l'opium. Le professeur Tarchanow attribue l'insuccès fréquent de la musique, en cela qu'elle est souvent employée à des moments mal choisis. Il est convaincu qu'une heure viendra où la musique, "entre les mains de médecins spécialistes," deviendra un agent puissant pour le soulagement des malades. Et il s'écrie: "Comment peut-il en être autrement quand une série de cas a prouvé que la musique est le puissant régulateur du caractère et des sentiments des hommes, qui dominent beaucoup de côtés de la vie psychique et physique, ainsi que de l'organisme?" Il pourrait se faire qu'une critique profane suggérât que les musiciens ne donnent pas comme exemple cette parfaite régulation de leurs émotions qu'on pourrait espérer; mais ceci n'est peut-être que le résultat de la tolérance d'un usage immodéré. Au point de vue général, on peut dire que l'effet calmant de la musique sur les malades est universellement admis, et les expériences cliniques de la Société Sainte-Cécile, qui ont été rapportées par Canon Harford, dans le *British Medical Journal*, de temps en temps, démontrent qu'elle a un effet parti-

culièrement bienfaisant dans certains cas d'insomnie. Elle peut aussi sans doute calmer la souffrance, non par un effet analgésique agissant sur les centres nerveux, mais en faisant oublier aux malades leurs souffrances.

C'est là-dessus que repose l'emploi de la musique comme moyen thérapeutique, et il ne nous paraît guère possible qu'elle puisse faire plus. Orphée, aux accords de son luth, faisait danser les montagnes et les arbres, et la musique de Pied Piper a prouvé que c'était un puissant dérivatif pour les rats d'Hamelin, mais nous doutons fortement que Canon Harford arrive à conjurer une tumeur ou à purger, de ses bacilles, un poumon tuberculeux. Dans les limites indiquées, la musique peut cependant être un auxiliaire puissant pour la médecine, et à cette époque de "nerfs," elle pourrait peut-être jouer un rôle important en prévenant de nombreuses maladies qui sont alimentées, sinon actuellement engendrées, par l'affaiblissement et la fatigue.

Nous espérons donc qu'on peut encourager Canon Harford et ses collègues à persévérer dans leurs efforts à employer le plus spirituel et le plus joli des arts au service des souffrances de l'humanité.—*British Medical Journal*.

Acide lactique ; procédé commode pour l'administrer lors des épidémies de diarrhée cholériforme, par M. le Dr. PUTHIER, (de Senlis). — Depuis qu'il est à la connaissance du public que l'eau est la cause la plus commune des maladies infectieuses, chacun cherche à se procurer pour l'alimentation une eau aussi pure que possible. A la campagne, où les notions élémentaires d'hygiène sont, quoi qu'on en dise, déjà parvenus et où l'on est généralement plus privilégié que dans les grandes cités au point de vue de l'eau, on boit autant que possible de l'eau de source ou de l'eau filtrée ; mais à la ville il en est autrement. A Paris, malgré les conseils des hygiénistes, on n'a pu encore arriver à avoir sur tous les points une eau vraiment potable et inoffensive ; aussi s'est-on rabattu sur les eaux de table, d'importation provinciale. Au point de vue de la santé, c'est évidemment là une excellente pratique, puisque, en se servant des diverses eaux minérales, on est assuré d'avoir au moins de l'eau pure. Mais, à côté des gens qui peuvent s'offrir de l'eau d'extra, il en est d'autres qui, par les chaleurs que nous traversons, se contentent soit de la vulgaire eau de Seltz à leurs repas, soit dans l'intervalle de la limonade citrique vendue chez tous les marchands. On peut ajouter encore à tous ces buveurs la longue série de ceux qui, sans savoir pourquoi, absorbent des eaux alcalines. Je ne viens accuser ni celles-ci ni les autres d'être nuisibles ou de faciliter l'éclosion des maladies ; mais en ce moment où le choléra sévit, ne serait-il pas utile de signaler, sinon une boisson sûrement préservatrice, mais tout au moins hygiénique ?

Les travaux de Winter et Lesage ont prouvé que, chez l'homme, le poison cholérique naissant dans l'intestin, y était solubilisé à la faveur de l'alcalinité du milieu. Or, d'après cela, n'est-il pas naturel de chercher à acidifier ce milieu pour le rendre impropre à la prolifération du bacille. Pour atteindre ce but, l'acide lactique est tout indiqué. C'est, en effet, un astringent, un antiseptique, qui, pris à l'intérieur, acidifie l'intestin, et par suite neutralise les substances toxiques, qui sont en majorité alcalines ou peuvent se dissoudre dans les alcalins. D'après les auteurs que j'ai cités, la chose se passe de même pour le poison cholérique. Pourquoi donc alors ne pas chercher à lutter contre ce dernier, en introduisant dans le tube digestif une dose thérapeutique d'acide lactique, celui-ci n'ayant aucune action toxique sur l'état général du sujet ?

Mais quel sera le moyen employé ?

Chaque individu devra-t-il porter dans sa poche une potion prophylactique ? Cela n'est évidemment pas possible.

Il suffirait, pour rendre pratique le procédé de préservation que nous indiquons et le mettre à la portée de tout le monde, de faire fabriquer pharmaceutiquement soit des siphons d'eau gazeuse acidifiée avec de l'acide lactique (1 à 5 grammes), soit des siphons de limonade acidifiée dans des proportions analogues. Employée comme succédanée de l'eau de Seltz vulgaire ou d'une eau de table gazéifiée quelconque, cette boisson ne me paraît nullement nuisible prise en quantité modérée. Il est bien entendu que la fabrication devrait être soumise à une surveillance et à une réglementation spéciales. Où je vois l'emploi le plus pratique et le plus utile de cette eau artificielle, c'est dans les agglomérations d'individus (casernes, lycées, prisons, etc.). Dans ces divers établissements, en effet, on a l'habitude soit pendant les grandes chaleurs, soit en temps d'épidémie, de distribuer divers rafraîchissements hygiéniques (absinthe, cognac, gentiane, réglisse) fortement étendus d'eau ; il me paraît donc tout indiqué d'essayer une boisson, qui non seulement pourrait être rendue agréable au goût par divers procédés, mais posséderait, en outre, de réelles propriétés thérapeutiques et prophylactiques. On aurait aussi l'avantage, dans un établissement où la distribution du liquide serait surveillée, de pouvoir varier la dose d'acide lactique selon les cas. Le moment me paraît on ne peut mieux choisi pour faire ces essais, qui certainement ne peuvent que rendre service à la santé publique.—*Bull. gén. de thérap.*

—N'oubliez pas que le foie est relativement gros chez les jeunes enfants et proemine au-dessous des dernières côtes, même en l'absence de toute maladie de l'organe.—W. N. DORLAND, in *Medical Progress*.

MEDECINE.

Hypertrophie cardiaque de croissance. — Clinique de M. le professeur COMBY, à l'hôpital Tenon. (1) — Trois signes, d'après M. G. Sée, caractérisent l'hypertrophie cardiaque de croissance: 1^o augmentation de la matité verticale, la pointe battant dans le sixième et même le huitième espace intercostal; 2^o un souffle qui n'est pas constant, systolique, siégeant à la pointe, ne se propageant pas aux vaisseaux, ne dépendant ni de l'anémie, ni de la péricardite plastique, ni d'une lésion valvulaire; 3^o une arythmie, inconstante également.

Avant d'aller plus loin, et sans mettre en doute la sagacité clinique de M. G. Sée, je pense que l'hypertrophie de croissance abaissant la pointe jusqu'au huitième espace intercostal est une exagération ou une exception unique. Quant au souffle et à l'arythmie, ils sont également très rares et très éphémères quand ils existent.

L'hypertrophie cardiaque de croissance peut être silencieuse, mais elle se révèle habituellement par des palpitations, par de la dyspnée, par de la céphalalgie.

M. G. Sée, opposé à une théorie très admise, conteste que les palpitations, si violentes qu'elles soient, puissent aboutir à l'hypertrophie. Ce ne sont pas les palpitations qui produisent l'hypertrophie; c'est l'inverse qui a lieu. Certains malades, sans avoir de palpitations, se plaignent de dyspnée et d'essoufflement au moindre effort. Enfin, la céphalée de croissance n'est qu'une hypertrophie cardiaque avec céphalée.

Le pronostic ne serait pas grave et les exigences du service militaire ne seraient pas incompatibles avec l'hypertrophie de croissance. Cependant, la plupart des médecins militaires ne sont pas de l'avis de M. G. Sée, et pensent que les jeunes gens qui présentent ces phénomènes sont prédisposés aux conséquences fâcheuses du surmenage physique et à la dilatation du cœur, et sont atteints de ce que les Anglais appellent cœur irritable. Peut-être pour les conscrits, M. G. Sée, par contre, veut qu'on entoure de petits soins les enfants atteints d'hypertrophie cardiaque; il veut qu'on diminue leur travail physique et intellectuel, qu'on les nourrisse bien, qu'on les fasse vivre au grand air, etc. Comme traitement, il emploie la digitale, l'iodure de potassium, le muguet.

Je crois, pour ma part, qu'il faut ajouter à l'action de ces

(1) Suite et fin. Voir la livraison de septembre.

remèdes le repos prolongé, qui a très bien réussi à notre premier malade. Chez lui, nous n'avions employé que l'iodure de potassium. On interdira l'usage des excitants, du thé, du café, de l'alcool, du tabac.

La description de l'hypertrophie cardiaque de croissance, telle que l'a donnée M. G. Sée, n'a pas été acceptée par tout le monde dans son intégralité, et M. C. Paul oppose à ces résultats les mensurations faites par le docteur Ludger, qui montrent que, chez les garçons de 10 à 14 ans, la pointe du cœur varie du quatrième espace au cinquième dans la proportion suivante :

Pointe située dans le quatrième espace.. .. .	168
Pointe située derrière la cinquième côte.. .. .	17
Pointe située dans le cinquième espace.....	35

“ J'ai bien vu, dit M. C. Paul, des enfants présenter des palpitations violentes en rapport avec une croissance rendue difficile par le nervosisme, sans pouvoir constater que la croissance seule pût les conduire à l'hypertrophie, tout au plus pourrait-on admettre des dilatations passagères.”

Comme M. C. Paul, j'ai vu souvent des enfants à la période de croissance se présenter avec des palpitations plus ou moins violentes, sans hypertrophie appréciable ; la pointe, dans la plupart des cas, battait dans le quatrième ou le cinquième espace intercostal. Je ne dis pas que les signes d'hypertrophie cardiaque n'existent pas, mais, pour ma part, je ne les ai jamais trouvés. Je ne parle, bien entendu, que pour la seconde enfance.

M. R. Blache, qui avait étudié la céphalalgie de croissance, adopte la théorie de M. G. Sée.

M. Ad. Ploch a admis, au Congrès de Limoges, que la croissance, d'une part, le surmenage physique, de l'autre, peuvent occasionner l'hypertrophie ou la dilatation cardiaque sans lésion valvulaire. Le cœur forcé est admis par tout le monde. L'hypertrophie de croissance ne serait bien manifeste que vers l'âge de 17 ans ; la croissance ne jouerait qu'un rôle secondaire et occasionnel. On rencontre chez les ascendants la tuberculose, le nervosisme, l'alcoolisme. De plus, les sujets atteints d'hypertrophie de croissance présentent souvent des anomalies, des malformations craniennes et faciales, des oreilles asymétriques, des érosions dentaires, etc. ; ce sont, en somme, des dégénérés.

Le nervosisme héréditaire ou acquis est le fond commun de la plupart des manifestations morbides de la croissance. Il explique tous les phénomènes que présentent les sujets fatigués par la croissance.

Qu'est-ce donc, Messieurs, que la croissance et quel est son rôle en clinique ?

L'homme met plus de vingt ans à acquérir son développement complet ; mais la rapidité de cette croissance est très variable

suivant l'âge; elle est généralement d'autant plus forte que le sujet est plus jeune. Pendant la vie intra-utérine, l'élongation est trente fois plus rapide que dans la période de 19 à 20 ans, et, à 3 ans, l'enfant a atteint la moitié de sa taille définitive. Il semblerait donc que la pathologie de la croissance devrait s'observer dans la vie intra-utérine ou dans les premières années de la vie extra-utérine. Au fond, il en est ainsi, car les vraies maladies de croissance appartiennent à la période de croissance excessive.

Mais, en général, quand on parle de croissance, on a en vue la période voisine de la puberté, de la transformation de l'enfant en homme. De 14 à 15 ans, l'élongation peut, en effet, atteindre 8 centimètres, et s'il survient une grande maladie condamnant l'enfant à un décubitus prolongé, ces 8 centimètres peuvent être gagnés en deux ou trois mois. C'est aux dépens des os longs, des fémurs particulièrement, que se produira l'accroissement et il sera tel que la peau pourra présenter des vergetures de croissance aux genoux.

Ces poussées extrêmes s'accompagnent, chez l'enfant, de faiblesse, d'amaigrissement, d'inertie physique, de paresse intellectuelle et le prédisposent à la tuberculose, à l'ostéomyélite, etc. J'ai maintes fois rencontré les douleurs osseuses des membres, les arthralgies, les céphalalgies, les palpitations, la dyspepsie, l'anémie; quant à l'hypertrophie du cœur, je l'ai cherchée sans la rencontrer.

En somme, les états morbides qui résultent de la croissance sont des troubles fonctionnels souvent mal définis, difficiles à exprimer et à classer. Les enfants sont en opportunité morbide plutôt qu'en état maladif. Il faut cependant les aider à franchir ce pas difficile. On y arrivera surtout par l'hygiène.

Nous n'aurons pas recours, sauf les indications formelles, aux remèdes indiqués: digitale, muquet ou iodure de potassium.

On conseillera la vie au grand air, le repos physique et moral, le sommeil à volonté. Pas d'exercices violents, pas de devoirs. Les douches froides, les frictions sèches ou stimulantes, les bains salés et sulfureux sont d'excellents moyens de stimulation. Une nourriture riche et abondante, mais d'une digestion facile. Comme médicament, ceux qui tonifient et réparent sans irriter: l'huile de foie de morue, si elle est bien supportée, le phosphate de chaux en sirop, l'extrait de quinquina granulé, le sirop d'iodure de fer. Pas d'alcool. Puis, graduellement, à mesure que les forces reviennent, on recommencera les exercices physiques.—*Bulletin médical.*

Les déséquilibrés du ventre, par M. le professeur TRASTOUR, de Nantes.—L'auteur a étudié cette catégorie de malades présentant des accidents dus au déplacement des organes abdominaux et principalement de dilatation gastrocolique.

Dans une caisse, remplie d'organes mobiles comme la cavité

abdominale, extensible et mobile elle-même, l'équilibre est nécessairement instable. La respiration, la parole, le chant, le rire, les pleurs, la déglutition des aliments et des boissons, le vomissement, la défécation et l'émission des urines; le changement d'attitude (couché, assis, debout); la marche, la course, le saut; le travail manuel, l'effort; les divers modes de locomotion artificielle, tout change, à tout instant, l'équilibre intra-abdominal.

Heureusement pour nous, le plus souvent, ce changement n'est ni senti, ni perçu; il ne trouble pas l'état normal de l'organisme. Chez les *déséquilibrés du ventre*, au contraire, tout cela peut ne pas rester indifférent; alors, on peut le dire, ce n'est plus la vie ordinaire; c'est souvent une vie de misères qui commence; qu'on appelle les patients *neurasthéniques* ou *hypochondriaques*, ils n'en sont pas moins à plaindre. De même qu'il est anormal et souvent pénible de sentir les mouvements de son cœur, les battements de ses artères, ou bien d'avoir conscience des efforts nécessaires pour la respiration; de même tout ce qui se passe dans la cavité abdominale doit se faire, pour ainsi dire à notre insu, pour n'occasionner ni gêne, ni sensation désagréable.

Il est certain que, chez beaucoup de sujets, il y a des déplacements de divers organes abdominaux, estomac et côlon, foie et rate, reins et utérus, qui n'occasionnent aucun malaise, aucune souffrance. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Pourquoi cette différence? De ce que les uns ne sentent aucun malaise, aucun trouble, faut-il en conclure que d'autres ne puissent être souffrants, par suite d'un déplacement viscéral? Ne sait-on pas combien varie la susceptibilité individuelle.

Donc, les changements de situation, la mobilité, le défaut de soutien, les troubles *statiques*, en un mot, des viscères abdominaux, ne sont point négligeables, au moins pour un certain nombre de malades; donc, l'équilibre abdominal mérite sérieuse considération, et doit désormais prendre rang dans l'esprit du clinicien, parmi toutes les causes perturbatrices des fonctions digestives, respiratoires, circulatoires et cérébrales.

Après avoir étudié longuement ces troubles morbides, M. Tras-tour conclut que :

Quand on a longtemps et vainement cherché la cause et le remède d'accidents, tels que :

Des vomissements journaliers, des diarrhées paradoxales, des douleurs gastro-intestinales, provoquées immédiatement par l'alimentation, des symptômes dyspeptiques, des dyspnées, des palpitations, des vertiges, des migraines, d'un amaigrissement qui peut aller jusqu'au marasme, d'une débilité qui ne permet ni le moindre travail, ni la marche, ni la station debout...

Il faut penser à l'entéroptose et à l'encombrement colique, les deux principaux syndromes de la déséquilibration abdominale.

Les signes particuliers de ces deux états morbides sont faciles à

constater, dès que l'attention se porte sur eux; l'exploration méthodique, bimanuelle de l'abdomen, dans l'antéflexion ou dans le décubitus dorsal; la rencontre, souvent fortuite, du rein droit, en prolapsus, sensible à l'insu des malades, et provoquant, par la pression et le refoulement en haut, des malaises immédiats; l'épreuve et la contre-épreuve de la sangle, etc., éclairent et confirment le diagnostic.

Quels sont les sujets qui, dans la pratique, se présentent le plus souvent avec ces troubles d'équilibre abdominal, qu'un observateur, prévenu et attentif, ne doit plus aujourd'hui négliger?

Ce sont: 1^o des jeunes filles qui ont travaillé trop jeunes, qui ont porté des fardeaux trop lourds, qui ont fait des chutes ou qui ont trop dansé, qui ont eu la fièvre typhoïde ou une autre maladie grave, avec un grand amaigrissement. Elles passent pour *anémiques*; l'anémie est encore tellement à la mode, que les malades, les parents et même les médecins se contentent souvent de ce mot sans aller plus loin. On bouffe de fer sous toutes les formes, de vins de quinquina, de phosphates, de jus et de vins de viande ces pauvres malades qui ne peuvent manger, qui souffrent dès qu'elles mangent et maigrissent malgré tout.

2^o Des femmes jeunes qui, après un ou deux enfants, sont restées maigres, invalides, misérables, neurasthéniques...

3^o Des femmes, plus avancées en âge, ayant joui d'une bonne santé, malgré un grand nombre d'enfants, qui, tout à coup, deviennent impotentes, infirmes, incapables de rester debout, de marcher, de mener la vie active et de travailler, comme elles en avaient l'habitude.

4^o Des jeunes gens mélancoliques, hypochondriaques, dilatés, dyspeptiques, gastralgiques, neurasthéniques, ou sténosés, souvent tympanisés de l'estomac, encombrés de l'S iliaque, avec gonflement et sensibilité du foie, surtout s'ils abusent du vin, de la bière et de l'alcool.

5^o Des hommes d'un âge mûr, ou des vieillards, avec tous les signes de la dilatation gastro-colique, souvent compliquée, il est vrai, des indices de l'artério-sclérose, par suite des habitudes, avouées ou inconscientes, des boissons alcooliques, lesquels se plaignent de vertiges, de lourdeur de tête, de palpitations, de dyspnée, de faiblesse et de sueurs, au moindre effort et à la marche.

Pour tous ces malades, sérieusement examinés, après élimination des autres causes pathogéniques, les troubles statiques et dynamiques du ventre étant dûment constatés, le traitement rationnel étant établi et adapté à chaque individu, les succès certes ne sont pas constants, mais ils sont nombreux.

Soutenir l'hypogastre; donner aux viscères abdominaux le point d'appui qui leur manque; renforcer les ligaments et les arçois qui se sont relâchés et qui s'effondrent, voilà la première indication à remplir.

Evacuer les résidus, stagnants et attardés dans l'appareil digestif, qu'il y ait sténose ou dilatation dans l'estomac ou le côlon, avec engorgement, primitif ou secondaire, du foie et de la rate, etc., voilà la seconde indication.

Enfin, il faut bien que le patient vive, en attendant les résultats de cette double thérapeutique. C'est ici que l'art a besoin de toutes ses ressources ingénieuses et inventives.

Il faut, pour chaque malade, comme disait Bretonneau, inventer la médecine.

La neurasthénie, l'hystéro-neurasthénie, quand elles sont bien prononcées, constituent le plus grand obstacle au succès de la médication.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

Des indications cardiaques dans la pneumonie, par J.-M. ANDERS.—Les causes de la faiblesse du cœur dans la pneumonie peuvent être de trois ordres. Il peut se produire une absorption de ptomaines toxiques résultant du processus morbide, absorption déterminant un affaiblissement de la contraction myocardique; ou bien une obstruction dans la circulation pulmonaire, causée par la présence de l'exsudat qui agirait comme une barrière s'opposant au cours normal du sang; ou bien encore la formation de thromboses cardiaques retrouvées, à l'autopsie, dans le ventricule droit. Ce dernier se dilate et l'asystolie apparaît dans ces conditions.

Les signes de la défaillance cardiaque sont une faiblesse et une brièveté du premier bruit à la pointe; le second bruit aortique prend aussi des caractères analogues. Le second bruit pulmonaire peut être accentué, au moins temporairement. Dans ce cas, l'alcool à doses modérées est indiqué. Il stimule les ganglions intracardiaques, la respiration et les centres nerveux. On lui adjoindra la strychnine, dont l'effet stimulant sur l'appareil cardio-pulmonaire est bien connu aujourd'hui. On n'emploiera la digitale qu'avec une extrême prudence, si même on l'emploie. En prolongeant la pause diastolique, elle pourrait favoriser, dans certains cas, la nutrition du muscle cardiaque.

Contre l'engorgement local, les ventouses, les sangsues, et surtout les vessies de glace, rendront de réels services. L'auteur repousse particulièrement l'emploi du veratrum, de l'aconit, de l'antimoine et des médicaments sédatifs du cœur analogues. Pour combattre une activité anormale du cœur, la morphine reste le remède par excellence. Parfois, mais rarement, la saignée est nécessaire. S'il existe une hépatisation étendue, avec cœur bon, le veratrum sera de quelque utilité, pourvu qu'on l'administre avec une prudence toute particulière.

En ce qui concerne la température, le but doit être de la réduire sans diminuer la force du cœur. Une fièvre de 40° ne nécessite pas des mesures antipyretiques. Au-delà de ce point,

on peut faire des lotions froides et administrer par jour de 1 gramme à 1 gramme 25 de quinine. Les antipyréïques dérivés de la houille ne sont pas indiqués, car ce sont des déprimants du cœur, ce qu'il faut éviter avant tout.

La seconde indication consiste à combattre l'obstacle circulatoire intrapulmonaire. Il faut se rappeler avant tout que l'hépatisation d'un seul lobe n'apporte qu'une gêne relative dans la respiration. Mais si on remarque que le second bruit pulmonaire perd de son intensité, qu'il devient de plus en plus faible, il y aura deux buts à poursuivre. Il faut d'abord chercher à accroître l'énergie du cœur et à déterminer la déplétion pulmonaire. Dans cette intention, l'emploi des nitrites, quels qu'ils soient, est absolument sans utilité. Les ventouses et la saignée seules rendent des services. L'administration de la digitale alliée à la nitroglycérine est d'un grand avantage dans ces cas.

La formation de thrombose cardiaque est plus fréquente, selon toute probabilité, qu'on l'imagine généralement; elle est souvent associée aux deux autres facteurs. Dans la pneumonie, les éléments fibrinogènes sont en plus grande abondance que normalement. Les signes de cette condition ne sont point difficiles à reconnaître. Les contractions cardiaques sont irrégulières. L'aire de la matité cardiaque dépasse le côté droit du sternum. On peut entendre un souffle systolique au niveau de l'appendice xiphoïde qui se propage en haut et à gauche. Les sels d'ammonium sont les seuls médicaments qui puissent agir sur la fluidité du sang. On les administrera donc à larges doses.—*Journ. of the American Med. Assoc.*

Etudes sur les fausses rechutes et les récidives de la scarlatine, par E. JANSELME, in *Archives générales de médecine*. — L'existence des récidives de la scarlatine est encore plus discutée que celle des rechutes. Ces récidives sont admises par Rilliet, Barthez, Blache, Guersant et Descroizilles. Bouchut n'en aurait jamais vu. Actuellement le fait est acquis, bien qu'Henoch croit ces récidives très rares. Personnellement nous en avons vu un cas indiscutable. En Amérique, Balser et Langdon déclarent avoir observé une fois six atteintes, une autre fois vingt-quatre atteintes de scarlatine chez le même enfant. Enfin Kœrner en Allemagne et Tujanowsky (de Dorpat) aurait noté dix-huit cas de récidives sur 300 cas de scarlatine observés en neuf ans. Malheureusement beaucoup de ces observations sont écourtées, incomplètes et plusieurs cas de ces scarlatines *gutturales* synexanthémates pourraient être soupçonnées de provenance diphtéritique, c'est à dire d'origine infectieuse. Suit une observation de Blaisdel, dans laquelle la scarlatine deux fois contractée dans un milieu scarlatineux, s'accompagna parfois d'éruption très vive, de mal de gorge, de desquamation, etc., à dix semaines d'intervalle.

D'ordinaire — que le malade soit enfant ou adulte — l'intervalle compris entre les deux atteintes varie de six mois à vingt-sept ans. En outre, il est remarquable que la scarlatine récidivée n'est point toujours bénigne et peut entraîner la mort; qu'elle fleurit très bien. Certains malades ayant été observés 2 fois par le même médecin, ou ayant transmis la scarlatine la seconde fois dans leur entourage ne peuvent être suspects. Quelques caractères mis en lumière par Brocq et Besnier permettront ainsi de distinguer les *érythèmes scarlatiniformes desquamatifs* de la scarlatine vraie. Ces caractères sont les suivants : 1o Au début de l'érythème scarlatiniforme desquamatif, la température s'élève avec une intensité variable et s'éteint en général assez rapidement. 2o L'éruption n'a pas de lieu d'élection précis. 3o Les localisations éruptives de la muqueuse bucco-pharyngée sont beaucoup plus rares que dans la scarlatine. 4o Dans l'érythème scarlatiniforme, la desquamation est contemporaine de l'érythème et ne succède pas à sa disparition (Besnier). 5o La desquamation est toujours *renouvelante* et le derme est rouge lisse sous la desquamation. 6. Les récidives sont si habituelles que la qualification de récidivant appartient en propre aux érythèmes scarlatiniformes. Elles affectent souvent une périodicité annuelle ou saisonnière.—En résumé les *fausses scarlatines* se reconnaîtront à la longue durée du stade éruptif, à la simultanéité de l'érythème et de la desquamation, enfin au nombre considérable des récidives. Ce les-ci devront faire soupçonner une intoxication par le mercure, la belladone, la quinine, surtout si la scarlatine n'existe pas dans le voisinage. Le Dr Janselme publie une observation de trois attaques de scarlatine chez le même sujet en l'espace de deux ans. Peut être quelques malades présentent-ils une prédisposition héréditaire ou familiale. La *génése des rechutes* comprend deux opinions principales : ou bien la réinfection vient du dehors ; ou la rechute n'est qu'une nouvelle manifestation de la première et unique infection. La scarlatine et la rechute forment un tout. C'est une seule maladie en deux actes. Comme règles pratiques, Janselme recommande : Pour éviter l'apparition des fausses rechutes, de pratiquer l'antisepsie rigoureuse de la cavité bucco-pharyngée. Pour éviter les rechutes, on isolera les uns des autres les malades dont la desquamation ne sera pas complètement achevée. Pour éviter les récidives, on évitera le contact des scarlatineux, même avec ceux qui ont déjà eu la scarlatine.—*Revue internationale.*

Régime des albuminuriques.—Le professeur G. SÉE résume ainsi le régime des malades atteints d'albuminurie.

Le lait est nécessaire dans les néphrites parenchymateuses aiguës à la suite de la scarlatine. Dans les formes chroniques, on éprouve beaucoup de difficulté à le faire supporter à cause des troubles de la digestion et des perversions du suc gastrique.

Dans les néphrites interstitielles le lait n'est utile que comme un aliment mixte, son rôle est plus discutable.

Dans les albuminuries liées à une affection du cœur, la lactose peut remplacer le lait.

L'usage des œufs ne doit pas être proscrit d'une façon absolue, seul l'œuf cru doit être interdit à moins qu'il ne soit mêlé à de la nourriture ordinaire.

Les viandes blanches sont à recommander aux albuminuriques.

Les viandes noires doivent être proscrites, elles augmentent l'albuminurie.

Le poisson n'est acceptable que pour les albuminuriques dont les voies digestives sont normales et qui surtout jouissent d'une acidité suffisante.

Le bouillon a été proscrit à cause des sels de potasse, des extraits et des ptomaïnes qu'il renferme.

Les légumes secs ou verts, la pomme de terre peuvent être conseillés et remplacent même en partie le lait.

Le beurre est indispensable.

Les fruits crus ou cuits sont utiles aux albuminuriques et aux goutteux.

Les noix doivent être interdites à cause de l'albumine qu'elles renferment.

Les alcools doivent être proscrits; le thé et le café, regardés comme nuisibles par quelques-uns, me paraissent éminemment utiles.

Les accidents causés par le régime lacté doivent surtout être combattus par la chaux et ses préparations.

La dyspepsie neurasthénique, par M. MATHIEU, in *La Médecine moderne*.—On peut distinguer trois formes :

1° La dyspepsie vaso motrice avec ou sans hypochlorhydrie ;

2° L'hyperchlorhydrie ;

3° L'hypochlorhydrie et stase gastrique permanente avec ou sans hyperacidité organique.

1. La première forme est la plus fréquente : l'appétit est conservé, la langue normale, le repas est suivi d'un bien-être remarquable, mais qui ne dure pas. Au bout de vingt minutes à une heure, survient la pesanteur au creux épigastrique, la sensation de malaise général, la lourdeur de tête. Tous ces phénomènes durent de deux à trois heures pour recommencer au repas suivant. A un degré plus grave, il s'y ajoute du ballonnement du ventre, des renvois inodores et sans aigreur. L'atonie porte autant sur l'intestin que sur l'estomac; mais les bruits anormaux qui caractérisent la distension des cavités digestives disparaissent après la digestion.

L'estomac distendu et qui s'élève vers le thorax. gêne les mouvements respiratoires et les contractions cardiaques, amenant alors des signes propres.

L'analyse du contenu de l'estomac montre que la digestion se fait dans des conditions normales, sans hyperacidité et sans fermentations anormales. Les phénomènes intestinaux en dehors du ballonnement sont : la constipation alternant avec des selles diarrhéiques, ou présentant les caractères de l'entérite pseudo ou muco-membraneuse : les hémorroïdes ne sont pas rares.

L'amaigrissement, la perte des forces qu'on observe dans certains cas justifie la division en forme bénigne et forme grave. Dans celle-ci on a de la douleur au creux épigastrique, précoce, quelquefois tardive ; de la flatulence, des renvois aigres, du pyrosis. Les douleurs tardives, en rapport avec la digestion intestinale, surviennent deux à trois heures après le repas, et siègent vers l'ombilic, donnant l'illusion de coliques qui surviennent parfois la nuit et gênent le repos des malades.

Les formes graves peuvent par elles-mêmes provoquer l'inanition ou l'amener en empêchant le malade de prendre des aliments en quantité suffisante.

On note quelquefois une diminution dans la production d'HCl, s'accompagnant ou non de fermentations anormales, exagérées. Celles-ci ne peuvent prendre de l'importance que si la stase des aliments dans l'estomac est accentuée, ce qui n'est pas de règle ; lorsque cependant ces conditions se réalisent, on a sous les yeux le tableau de la dilatation de l'estomac de Bouchard.

2. Cette forme se rencontre parfaitement chez les neurasthéniques, sous ses trois aspects : exagération de l'acidité chlorhydrique pendant les digestions ; crises d'hypersécrétion chlorhydrique avec vomissements nerveux ; hypersécrétion continue avec dilatation de l'estomac et stase permanente. Cette dernière forme est la plus grave, et s'accompagne souvent d'ulcère rond.

3. La troisième forme n'est autre chose que la dilatation de l'estomac de Bouchard ; elle est très rare et sa gravité prime sur la neurasthénie dont l'importance disparaît. Dilatation de l'estomac, aigreurs, vomissements, douleurs plus ou moins vives au creux épigastrique, acidité souvent supérieure à la normale, pas d'HCl libre, peu d'HCl combiné, peu de peptone, voilà ce qu'on trouve dans ces cas.—*Revue générale de méd. chir. et obst.*

Tabac et suggestion. — Etant donné que l'on devient fumeur par les suggestions de l'entourage qui arrivent à provoquer une auto-suggestion de plaisir causé par le tabac, dès qu'il y a lieu de faire perdre cette impérieuse habitude, il faut recourir à la persuasion par suggestion surtout hypnotique. Démontrer au sujet qu'il a assez de force de caractère pour renoncer au tabac, et si cela ne suffit pas, lui suggérer que le tabac a mauvaise odeur et le fait vomir : il en sera bientôt dégoûté. Enfin, varier les suggestions selon chaque cas particulier.—*Revue de l'hypnotisme.*

CHIRURGIE.

Traitement des abcès tuberculeux. — C'est principalement depuis quelques années que les chirurgiens ont étudié et choisi le traitement des divers abcès, principalement de cette forme spéciale d'abcès chroniques, qui sont sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse. Pendant longtemps, la seule règle du traitement des collections purulentes fut renfermée dans cet adage : "*Ubi pus, ibi evacua.*" On se contentait de faire, le plus tard possible, la plus petite incision possible. Peu importait le point choisi. Comme on ne prenait aucune précaution antiseptique, il en résultait une plaie malpropre et des clapiers purulents. Les malades qui avaient de grands abcès n'échappaient guère à la mort. L'introduction des principes de drainage et de désinfection des plaies opéra une véritable révolution. L'incision large ne permet plus au pus de séjourner et le traitement antiseptique donne d'excellents résultats.

C'est surtout du traitement des abcès tuberculeux de la région vertébrale et de la région du psoas que s'occupe M. Fr. TREVES, qui recommande la technique suivante :

On incise l'abcès au point le plus favorable et, de préférence, quand cela est possible, au point le plus proéminent. On peut de cette façon accéder à toutes les parties de l'abcès, jusqu'en ses dernières cavités. On le sondera de tout côtés et on évacuera le pus. La cavité abcédée sera ensuite lavée avec une solution de eublimé à 1 pour 5,000 ; le meilleur moyen pour pratiquer l'irrigation est d'employer un laveur de la plus grande dimension, suspendu à une hauteur de trois ou quatre mètres. On doit faire passer plusieurs litres de la solution. Quand le liquide revient clair, on introduit le Coigt dans la cavité et l'on détache les matières caséuses à demi solides qui existent toujours en si grande abondance dans les abcès froids, et qui, n'étant pas toujours détachées par le jet de liquide, le seront avec facilité par ce moyen. On lave de nouveau la cavité avec la même solution. La paroi interne de l'abcès est ensuite grattée avec le plus grand soin et aussi profondément que possible avec la curette de Volkmann, jusqu'à ce que toute l'étendue en ait été mise à nu, et en s'interrompant de temps en temps pour pratiquer des lavages. La cavité de l'abcès, pour peu qu'elle soit un peu volumineuse, sera bourrée d'éponges, qui ont le grand avantage d'absorber le pus aussitôt qu'il se reproduit et grâce auxquelles on peut facilement détacher les membranes caséuses qui se sont reformées quand on fait le pan-

sement. Si cette cavité est petite, on remplacera l'éponge par des mèches de gaze aseptique, mais jamais par des drains. On n'introduit pas d'antiseptiques dans la plaie, mais seulement des corps rigoureusement aseptiques.

Comme on le voit, cette technique n'a rien de bien nouveau. Le point sur lequel insiste le plus M. Treves, c'est le soin minutieux avec lequel doit être pratiquée l'opération. On ne doit pas se contenter d'évacuer le pus, ni de faire un grattage sommaire. Il ne doit rien rester de purulent dans la cavité, la curette doit passer partout, et l'on doit encore apporter plus d'attention dans le curage des abcès profonds si l'on veut avoir des résultats satisfaisants. L'opération, demande un temps assez long pour être bien faite. On doit mettre au moins une heure pour un abcès d'assez grande étendue. M. Treves rapporte un certain nombre de cas d'abcès des régions fémorales, iliaques et vertébrales qui ont tous guéri par ce procédé.—*Concours médical.*

La cystite calculeuse.—Dans une récente leçon, le professeur GUYON résume ainsi les principaux traits de l'histoire de la cystite des calculeux :

Neus savons tous aujourd'hui que la cystite est une infection de la vessie. C'est là un fait indéniable.

Il nous faut donc chercher : 1o dans quelles conditions la vessie est infectée chez les calculeux ; 2o ce que devient la vessie atteinte de cystite.

Pour résoudre la première question, il faut se demander d'abord si la cystite a précédé la formation du calcul. C'est là un fait frappant, surtout s'il s'agit de calculs prosphatiques toujours de formation secondaire. De plus, une pierre peut se développer dans une vessie atteinte de cystite une fois, deux fois, et même davantage. Les récidives sont fréquentes. Dans ces cas on est amené à se poser cette question : La cystite est-elle inséparable de la présence d'un calcul dans la vessie ?

Pendant longtemps on a prétendu qu'elle était inséparable. Le calcul peut, d'après la plupart des chirurgiens, provoquer, par sa présence même, la cystite. Nous ne partageons pas cette opinion.

Le calcul, en effet, n'a pas toutes les qualités nécessaires pour déterminer la cystite. Il peut, par sa présence, provoquer très souvent, dans les cas de calcul urique, c'est-à-dire de formation primitive, une irritation vésicale excessive.

Mais ces phénomènes douloureux disparaissent quand le malade est au repos. Les malades sont guéris le matin et le soir ils retombent.

Cependant on ne peut noter des accès très douloureux, alors qu'il n'y a pas de cystite. Si le calcul, en effet, n'a pas tout ce qu'il faut pour déterminer la cystite, il remplit certaines modifications : par le contact prolongé, il se produit une vascularisation

plus intense, une congestion notable de la vessie. Par cette excitation toute physiologique, les besoins d'uriner, deviennent plus fréquents, plus douloureux. Les hématuries surviennent alors par ce mécanisme et chez les individus atteints de calculs et chez les malades atteints de néoplasme. C'est là une règle importante à se rappeler que les hématuries surviennent toujours après une série de mouvements du malade et qu'elles cessent avec le repos.

Cependant certains malades ont de l'hématurie alors qu'ils n'ont fait aucun mouvement. Dans ces cas, il s'est établi assurément une vascularisation plus complète, favorisant ainsi l'hématurie. Ces hématuries peuvent même être plus considérables et persistantes; c'est ce que l'on voit chez les néoplasiques.

La réceptivité est déjà faite chez les calculeux pour la cystite. La vessie est préparée pour l'infection. Un cathétérisme septique fait éclore cette infection. C'est un fait très important que cette influence du cathétérisme fait sans les règles de l'asepsie.

Le calcul, en effet, ne détermine pas d'inflammation aussi bien dans le rein que dans la vessie. *Il ne fait que préparer ces organes à l'infection.* Le calcul se développe en quelque sorte d'une façon aseptique.

La cystite permanente chez les calculeux âgés et prostatiques tient constamment en tonus la musculature des parois et de ce fait, empêche la rétention.

La suppression du calcul par l'acte opératoire pourra donc amener de la rétention par suppression brusque de l'excitant musculaire. Mais cet accident sera facilement conjuré.

D'autre part, les cystites chroniques, par les sécrétions qu'elles produisent, peuvent favoriser la formation de calculs principalement phosphatiques.

La conséquence thérapeutique est la suivante :

Le chirurgien, devant un malade atteint de cystite calculeuse ne doit pas hésiter à faire une opération, parce que le malade a un calcul et, parce qu'il a une cystite.

Il se trouve parfois que la sensibilité de la vessie est considérablement exagérée. Le calcul est emprisonné par les contractions de la paroi vésicale. Ce n'est pas là une contre-indication, c'est simplement une difficulté que le chirurgien doit savoir surmonter.

Cette cystite des calculeux aura-t-elle de l'influence sur les actes opératoires? Y aura-t-il des dangers post-opératoires à redouter? Aucunement. Grâce aux antiseptiques, ces interventions chirurgicales ne donnent pas plus que les autres, lieu à des accidents.

Il ne faut jamais oublier de plus cette règle absolue: On doit guérir la cystite complètement et sans perdre de temps :

1° Par le traitement local de la cystite ;

2° En enlevant jusqu'au plus petit fragment de calcul. Aussi la vérification est elle nécessaire chez les malades en état de cystite.

La cystite cesse à mesure que la quantité des fragments disparaît. Les observations en font foi. Grâce à l'opération merveilleuse de Bigelow (lithotritie rapide), on arrive à ce résultat.

Traitement des cystites par le sublimé. — M. le professeur Guyon a appliqué le traitement par les lavages de sublimé à des cystites de diverses origines, notamment dans un cas de cystite pseudo-membraneuse. Dans les cystites tuberculeuses, on a presque toujours constaté une notable amélioration. Le sublimé, en effet, possède une action préservatrice puissante contre les microbes de l'air, un pouvoir antiseptique plus faible sur les cultures de microbes urinaires et sur les cultures de microbes pyogènes vulgaires; quant à son pouvoir désinfectant sur les urines purulentes, il est faible et il n'agit sur elles qu'à doses considérables. Cependant si l'on compare les propriétés du nitrate d'argent à celles du sublimé, tout l'avantage est en faveur de ce dernier.

Il ne faut pas, dans le traitement local de la paroi vésicale, chercher à agir sur l'urine purulente, puisque seules les doses élevées peuvent donner des résultats. Aussi doit-on substituer les petites quantités aux grandes, les instillations aux lavages; car, outre que ces derniers n'ont qu'une action momentanée, la mise en tension des parois de la vessie augmente leur sensibilité, à l'état normal comme à l'état pathologique.

La dose maniable pour le sublimé varie de 1 pour 5 000 à 1 pour 1.000. Le 5.000^e n'est qu'une dose de début, toujours bien supportée, si la médication est bien conduite. L'eau bouillie et filtrée doit être, bien entendu, le véhicule de choix, et les solutions doivent être faites sans alcool. L'instillation sera pratiquée suivant le procédé ordinaire: les premières cependant ne devront pas dépasser 20 à 30 gouttes, mais on arrivera presque toujours à pouvoir laisser dans la vessie tout le contenu de la seringue, c'est-à-dire 4 grammes environ. Il est des cas où cette dose sera mal tolérée; la règle doit être la suivante: plus la douleur est vive, plus l'injection doit être modérée. On peut, avec le nitrate d'argent, élever la dose plus rapidement. Avec le sublimé, la dose de 1 pour 1.000 est plus difficile à atteindre: c'est cependant une dose maniable.

Pour que l'instillation ait tout son effet, il faut que la vessie soit vide: on doit donc prendre la précaution de faire uriner le malade, et si l'on conservait des doutes à l'égard de la vacuité de la vessie, on n'hésiterait pas à sonder le patient, et cela d'autant mieux que l'on peut se servir de la sonde pour faire pénétrer l'instillation. On pourrait d'ailleurs, pour plus de précision, remplacer la sonde par une bougie olivaire perforée.

Il peut se faire que l'évacuation complète de la vessie soit rendue difficile par une sécrétion vésicale abondante et glaireuse.

Dans ce cas, on fera des lavages préalables, à moins que la sensibilité de la vessie ne s'y oppose; il faudrait alors attendre que les instillations aient rendu la douleur moins vive. Il ne faut pas, d'ailleurs, proscrire les lavages, qui peuvent rendre de si grands services.—*Concours médical.*

Traitement de l'hydrocèle vaginale.—L'hydrocèle vaginale est une affection extrêmement fréquente dans les pays intertropicaux et relativement commune dans nos régions. Il est donc d'une réelle importance, pour un praticien, de posséder un certain nombre de moyens thérapeutiques, suivant les différentes indications qui se présentent.

Sans nous attarder aux théories pathogéniques et au diagnostic, nous aborderons immédiatement la question du traitement. Nous supposons donc que le médecin, après avoir éliminé le varicocèle, les hernies scrotales, les tumeurs du testicule, de l'épididyme, du cordon, est certain d'être en présence d'un épanchement liquide de la tunique vaginale. Remarquons que nous n'avons pas mis en question la nature du liquide; c'est que, malgré les signes différentiels indiqués, dans les livres, entre l'épanchement de sang et l'épanchement séreux (hématoécèle et hydrocèle), signes dont le principal est la transparence de la tumeur, il arrive fréquemment qu'on entreprend le traitement ou plutôt l'intervention, avant d'être absolument fixé. Aucune hématoécèle n'est transparente, mais nous avons vu quelquefois des hydrocèles anciennes, à parois épaissies, où la recherche de la transparence était négative.

Le seul moyen de connaître exactement la nature de l'épanchement est la ponction exploratrice à l'aide d'une seringue de Pravaz convenablement stérilisée. Ce n'est qu'après cette petite opération de tâtonnement qu'on pourra se décider pour telle ou telle intervention.

Divisons l'étude du traitement de l'hydrocèle en 2 parties :

1° MOYENS EXTERNES OU MÉDICAUX.

2° MOYENS CHIRURGICAUX.

A. *Ponctions et Injections.*

B. *Cure radicale.*

1° MOYENS EXTERNES OU MÉDICAUX.—Nous serons brefs sur cette première partie. Il est rare, en effet, que ces moyens suffisent à eux seuls, et généralement, ils ne sont employés que comme adjuvants des chirurgicaux. Ils consistent en applications externes sur le scrotum, au niveau de l'hydrocèle de topiques liquides résolutifs, tel que l'eau blanche, chlorhydrate d'ammoniaque en solution à 10/000; la teinture d'iode, etc.; la compression ouatée, au moyen d'un bon suspensoire élastique garni d'une épaisse couche d'ouate, est encore un des bons moyens externes de traitement de l'hydrocèle.

L'hydrocèle des nouveau-nés guérit généralement par l'applica-

tion de compresses chaudes imbibées d'eau blanche ou de chlorhydrate d'ammoniaque en solution, quand cette hydrocèle n'est pas congénitable et vagino péritonéale.

Chez les vieillards ou les personnes pusillanimes, on peut, pour empêcher l'augmentation de volume de l'hydrocèle vaginale, employer le suspensoir ouaté compressif, mais on obtient bien rarement par ce moyen une résorption de l'épanchement.

2^o MOYENS CHIRURGIQUES.—A. *Ponctions et Injections.*

Avant de procéder à la ponction et à l'évacuation de l'hydrocèle, il faut s'assurer de deux choses importantes : 1^o la parfaite indépendance de l'hydrocèle, sa non-congénalité, sa non-communication avec une hernie inguinale et par suite avec le péritoine ; 2^o la situation exacte du testicule. On sait que la glande génitale est généralement retenue en bas ou en arrière de la poche de l'hydrocèle par les adhérences inféro-postérieures de la tunique vaginale. Cependant, il est prudent, avant de ponctionner la poche, même avec la seringue de Pravaz, d'explorer lentement, avec douceur, entre le pouce et les autres doigts de la main gauche, la totalité de la tumeur. De légères pressions, suffisamment espacées les unes des autres, permettent de fixer la place occupée par le testicule, car elles éveilleront en un point une sensibilité extrême, que traduira aussitôt le malade. Si l'épaisseur des parois de l'hydrocèle empêche le malade de percevoir les pressions exercées au niveau du testicule, on sera forcé de ponctionner au hasard, en avant et en haut de la tumeur.

N'oublions pas, qu'aujourd'hui, il n'est plus permis de négliger les précautions antiseptiques pour ponctionner une hydrocèle ; elles sont d'ailleurs fort simples : savonnage de la peau du scrotum, lavages avec une solution chaude de sublimé au millième, essuyage avec une compresse chaude préalablement imbibée de sublimé. Les mains du chirurgien sont savonnées, lavées au sublimé et ne doivent pas être essayées. L'instrument habituellement employé est le gros trocart de trousse, qui porte le nom de Reybard ; on le fait bouillir quelques minutes dans l'eau ordinaire, puis on le plonge dans une solution phéniquée forte ou dans le chloroforme ; les mêmes précautions seront prises pour la seringue de Pravaz exploratrice. Comme généralement le liquide de l'hydrocèle est limpide et très fluide, point n'est besoin d'avoir recours à un gros trocart : nous employons les trocarts ordinaires et l'aspirateur de Potain. Mêmes précautions antiseptiques à prendre avec cet appareil qu'avec le gros trocart.

Tout étant préparé, doit-on employer un anesthésique local ? Dans certains cas cela est nécessaire, à cause de la pusillanimité des malades : une injection intra-dermique de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/100000 avec 0,2% de chlorure de sodium, d'après la méthode de Schleich, de Berlin, est largement aussi de l'anesthésie produite par l'éva-

poration rapide et le refroidissement sur la surface de la peau du chlorure d'éthyle (ampoules de chlorure d'éthyle liquide.)

On commence par vérifier la nature du liquide par une ponction à la seringue de Pravaz. Puis, l'existence de l'hydrocèle étant confirmée, on introduit le trocart, encore humide de la solution phéniquée ou du chloroforme, d'un mouvement brusque, dans la tumeur scrotale, tandis que la main gauche maintient la région où l'on croit être situé le testicule. Le trocart est ouvert et le liquide s'écoule dans une éprouvette graduée, ou dans le récipient de l'aspirateur de Potain, si l'on a fait usage de l'aspiration pneumatique.

Ici plusieurs pratiques sont en présence : faut-il vider complètement la poche ? doit-on ne retirer qu'une partie de l'épanchement pour la remplacer par une injection caustique ? Les uns vident complètement, puis injectent environ 40 gram. de solution iodo-iodurée forte (teinture d'iode additionnée d'un tiers d'eau iodurée) qu'ils laissent environ dix à quinze minutes dans la vaginale, puis évacuent entièrement. Ce procédé est douloureux ; il expose, de plus, aux infiltrations de teinture d'iode dans les téguments des bourses. Nous avons souvenir d'un malade, qui avait été ainsi traité dans le service où nous étions externe, et chez lequel l'accident survint dans toute sa gravité. Les téguments se sphacelèrent, les enveloppes s'exfolièrent et le testicule fut presque mis à nu. Pendant 3 mois nous renouvelâmes le pansement tous les 2 jours et la réparation se fit enfin, sans préjudice pour l'organe. On peut diminuer les chances de cet accident, en employant pour injecter la teinture d'iode, non une seringue, mais un *entonnoir de verre*, comme le fait M. Guyon.

Cette manière de procéder atténue très certainement la douleur : mais l'entonnoir a en outre des avantages sérieux : quand on l'utilise, on n'est pas exposé à voir se produire la pénétration du liquide injecté dans les parois des bourses, et on économise ainsi un aide. Le nettoyage de ce petit instrument est des plus faciles.

Les autres, comme M. Polaillon, ont renoncé depuis longtemps aux injections iodées et emploient désormais comme liquide modificateur une solution de *chlorure de zinc* à 1 pour 10.

Eau	10 grammes
Chlorure de zinc.....	1 —

Voici comment on procède : Ponction avec un trocart assez fin et évacuation *presque complète* du liquide. Par la canule restée en place, injection avec une seringue de Pravaz d'un gramme de la solution précédente. Puis on malaxe le scrotum pendant quatre à cinq minutes et on laisse écouler la plus grande partie du liquide injecté, qui a pris une teinte et une consistance laiteuses par la coagulation de l'albumine. La canule est retirée et aucun pansement n'est nécessaire. L'opéré peut se lever avec un suspen-

soir. Le lendemain et les jours suivants, il y a une réaction assez forte, mais jamais intense. Un épanchement se reproduit, puis se résorbe en quinze ou vingt jours. Ce procédé est peu douloureux, ne nécessite pas l'anesthésie ni le séjour au lit d'une manière complète, et il guérit aussi sûrement que les injections irritantes.

Quant à nous, nous nous rangeons, en partie, à cette dernière pratique. Mais nous préférons l'aspirateur de Potain à double effet, c'est plus commode et plus sûr. Avec la pompe aspirante, nous évacuons complètement le contenu de la vaginale. Le liquide est facilement recueilli en totalité; nous en connaissons la quantité exacte. Puis, nous le remplaçons dans le flacon de l'aspirateur par une solution de chlorure de zinc à 1/100, chauffée à 38 degrés environ. A l'aide de la pompe foulante, nous injectons notre solution lentement dans la vaginale; puis nous laissons en place environ 5 minutes et nous évacuons par aspiration. Une seconde solution de chlorure de zinc chaude est de nouveau injectée, laissée 5 minutes, puis évacuée. Si la 2^e solution revient à peu près limpide, nous n'en injectons pas une 3^e fois. La réaction est vive le lendemain et le surlendemain, l'épanchement se reproduit puis se résorbe rapidement, quelle que soit l'épaisseur des parois de la poche, comme nous l'avons observé sur un malade qui portait une vieille hydrocèle des colonies depuis dix ans environ.

Tout récemment, M. le Dr Dury a indiqué dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, un procédé par lequel il utilise l'éther iodoformé dans le traitement de l'hydrocèle.

On opère en ponctionnant simplement l'hydrocèle avec l'aiguille de la seringue de Pravaz; le liquide de l'hydrocèle, étant très clair, s'écoule facilement; lorsque la poche est vide, que le liquide ne fait plus que baver, on injecte rapidement par l'aiguille laissée en place quelques grammes d'éther iodoformé à 10 p. c. Le bouillonnement de l'éther projette bien vite l'iodoforme dans tous les sens, sur tous les points des parois de la poche, et le liquide ne se reproduit plus.

Pour éviter la tension trop considérable due aux vapeurs d'éther, si la poche se tend fortement, on retire le corps de la seringue, permettant ainsi aux vapeurs d'éther de s'échapper par l'aiguille: on abandonne cependant le plus possible de liquide à l'intérieur de la poche.

La douleur est si minime que les opérés peuvent vaquer immédiatement à leurs occupations habituelles, faire à pied une course assez longue et sans la moindre réaction; tout rentre dans l'ordre. Nous signalons cette innovation, sans l'apprécier; il nous semble cependant que l'absorption de l'éther iodoformé doit donner lieu à quelques nausées et à quelques phénomènes d'ébriété, comme on l'observe fréquemment dans les injections éthéro-iodoformées pour abcès tuberculeux.

L'injection une fois faite, comment doit-on se comporter? Il

faut appliquer un pansement compressif, en obturant l'orifice produit par le trocart au moyen d'un petit tampon de gaze iodoformée ou salolée et en appliquant par dessus un suspensoir ouaté. Nous réprouvons complètement le collodion, qui provoque souvent de l'irritation de la peau et ferme mal la petite plaie.

Généralement, il est prudent de faire garder le repos au malade pendant trois jours au moins. Après quinze jours ou trois semaines, si l'épanchement s'est entièrement reproduit et n'a présenté aucune tendance à la résorption, nous recommençons la ponction et l'injection au chlorure de zinc. Il est rare que l'affection ne cède pas à la première intervention; mais elle cède presque toujours à une série de ponctions et d'injections.

Toutefois, si notre deuxième tentative échoue, nous recourons au procédé radical, qui pour MM. Reclus, Richelot, Reynier, etc., est le procédé de choix.

B. Cure radicale de l'hydrocèle. — Cette opération ne présente aucune gravité, à condition de la régler suivant les pratiques antiseptiques modernes.

Le scrotum est savonné, lavé, comme précédemment avec le sublimé chaud.

On l'anesthésie avec la solution de cocaïne chlorurée-sodique de Schleich; puis, au bistouri, on sectionne la peau, jusqu'à la tunique fibreuse; ici, on injecte une nouvelle traînée analgésique cocaïnée; on arrive ainsi à la vaginale lentement, et d'une main légère, on incise la téréuse. On la lave au sublimé du 1/1000 chaud, on la dissèque très fin, comme s'il s'agissait d'un sac herniaire. On n'enlève que le plus mince feuillet qui double la fibreuse. On atteint ainsi le voisinage de l'épididyme et l'on sectionne aux ciseaux. On suture par-dessus la peau sans drainage. Pansement à la gaze iodoformée battue, maintenu par un suspensoir. La guérison est complète en huit jours.

Ainsi conduite, l'opération ne présente aucune complication et la récurrence est absolument exceptionnelle. Elle offre de plus l'avantage de permettre au chirurgien de se rendre compte de l'état des organes (testicule, épидидyme) et quelquefois de compléter ainsi le diagnostic. — Si la ponction exploratrice du début a révélé l'existence d'une hématocele au lieu d'une hydrocèle, c'est à ce procédé radical qu'on doit avoir immédiatement recours.

Traitement de l'hydrocèle enkystée du cordon. — Cette variété d'hydrocèle est justiciable de la ponction avec injection de chlorure de zinc à 1/100. Elle guérit généralement fort bien par ce procédé et ne récidive pas. Peut-être pourrait-on avantageusement lui appliquer le traitement du Dr Dury par les injections d'éther iodoformé.

Traitement de l'hydrocèle diffuse du cordon. — Ici, l'opération de choix est évidemment l'incision antiseptique avec lavages au sublimé ou au chlorure de zinc, chaud comme dans la cure radicale de l'hydrocèle de la vaginale.

Quant à l'hydrocèle vaginale congénitale avec hernie inguino-scrotale, un seul traitement nous paraît rationnel, c'est la cure radicale de la hernie et de l'hydrocèle. Si le malade ne veut pas s'y soumettre, on lui appliquera un bandage et un suspensoir. — Dr P. HUGENIN, in *Concours médical*.

Amputations chez les diabétiques.—M. le Dr SPENCER a relaté, à la *Royal Medical and Chirurgical Society* de Londres, un cas d'amputation pratiquée avec succès chez un diabétique. On sait combien sont considérées comme graves les interventions chirurgicales chez les diabétiques. M. Spencer pense que c'est là une erreur. Les faits qu'il a observés lui permettent d'émettre cette conclusion ; quand, chez un diabétique, il y a dans un membre une suppuration étendue, il est préférable de faire l'amputation à une certaine hauteur ; au bras, quand il s'agit de la suppuration de l'avant-bras ; à la cuisse, pour les suppurations de la jambe, plutôt que de pratiquer l'amputation dans la continuité de membre malade. De plus, il vaut souvent mieux amputer de bonne heure, que d'essayer de conserver le membre malade.

La raison du succès dans un cas et de l'échec dans l'autre, tient d'une part à ce que les vaisseaux sont malades, souvent thrombosés dans le voisinage des parties malades qui suppurent, et que l'on s'expose à ne pas réussir l'amputation quand on opère trop près de la plaie, et, d'autre part, à ce que la quantité de sucre excrétée reste toujours élevée tant qu'il existe en un point quelconque un foyer inflammatoire, tandis qu'elle diminue notablement dès que les tissus enflammés malades ont tous été enlevés.

Voici deux faits observés récemment par M. Spencer, qui concordent bien avec ses conclusions. Le premier fait est relatif à un diabétique qui avait autour du genou un foyer de suppuration.

Le traitement consista en incisions. Le malade succomba rapidement dans le coma diabétique. Le second fait se rapporte à un autre diabétique, qui avait un foyer de suppuration autour du coude. L'amputation du bras fut faite ; elle réussit très bien et amena une diminution très marquée de la quantité de sucre émise dans les vingt-quatre heures. Et tandis que le régime habituel des diabétiques était resté sans effet sur la glycosurie du premier malade, il produisit un effet très favorable sur le second diabétique, après l'amputation.

La ligue contre le cancer.—Il vient de se créer à Paris une nouvelle Ligue qui fonctionnera comme celle qui existe déjà contre la tuberculose ; c'est la Ligue contre le cancer. La direction en est confiée au docteur Duplay. Elle poursuivra l'étude de tout ce qui intéresse la nature, l'étiologie, la prophylaxie et le traitement du cancer.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Le décollement prématuré du placenta inséré normalement.—Cet accident a été peu étudié jusqu'ici. M. le Dr DUMARCEZ en fait l'objet d'une étude intéressante à propos de plusieurs cas de ce genre observés dans le service de M. le professeur Pinard.

Le décollement prématuré du placenta normalement inséré, et il s'agit ici de celui qui se produit dans les derniers mois de la grossesse, a pour cause principale l'albuminurie. Sur treize observations réunies par M. Dumarcez, onze ont trait à des femmes profondément albuminuriques, avec ou sans éclampsie, avec ou sans antécédents de néphrite.

La seconde cause, beaucoup plus rare il est vrai, est la brièveté du cordon; en dehors de ces deux causes, toutes celles qu'on a invoquées doivent être révoquées en doute.

Étant données ces conditions étiologiques, les symptômes et le diagnostic peuvent varier suivant les cas.

Le plus fréquent est celui dans lequel on se trouve en présence d'une malade qui, dans les derniers mois de sa grossesse, a été subitement prise d'une hémorrhagie externe abondante, hémorrhagie externe, car il est rare qu'on songe tout d'abord à l'épanchement interne qui a précédé l'apparition du sang à l'extérieur.

Cette hémorrhagie a pu survenir sans douleur, ou bien être accompagnée de violentes douleurs dans les reins ou l'abdomen. Le premier diagnostic qui se présente à l'esprit est celui d'insertion vicieuse du placenta; c'est d'ailleurs le diagnostic que l'on portait constamment en pareil cas, il y a à peine quelques années; mais, par un examen plus attentif, on découvrira des symptômes qui font défaut dans l'insertion vicieuse du placenta.

Le plus important est la dureté anormale de l'utérus. Le plus souvent elle est réellement ligneuse. Cette dureté de l'utérus empêche de sentir les parties fœtales; elle est accompagnée d'une augmentation de volume du ventre qui, dans certains cas, s'est produite sous les yeux mêmes de l'accoucheur. Dans d'autres observations il est fait seulement mention d'une disproportion notable entre le volume de l'abdomen et l'époque de la grossesse.

Il est probable que si cette augmentation brusque de l'utérus n'est pas notée plus souvent, c'est qu'elle se produit en même temps que survient l'hémorrhagie, et que l'accoucheur n'est généralement appelé qu'après le début des accidents.

Un des symptômes qui frappent le plus l'observateur est l'état d'anémie grave où se trouve généralement la malade; elle a le

facies décoloré et est en imminence de syncope. Le pouls est à peine perceptible; il bat jusqu'à 140 fois par minute; la température est souvent au-dessous de la normale. On se trouve enfin en présence de tous les signes propres aux grandes hémorrhagies, bien que la perte de sang à l'extérieur ait pu n'être que peu considérable.

A l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur, et s'il s'est écoulé un certain temps entre le début des accidents et le moment où l'on est appelé à examiner la malade, cette dernière vous apprend que la cessation des mouvements du fœtus a coïncidé avec le début des dits accidents.

En pratiquant le toucher, on trouve le col dur, ainsi que le segment inférieur; si le travail est commencé, le doigt n'arrive pas à sentir le placenta, mais en revanche il rencontre la poche des eaux constamment bombée et tendue.

Cet ensemble de symptômes se retrouvant dans toutes les observations, l'esprit de l'observateur devra donc être mis en éveil, et si alors, portant son attention sur l'analyse des urines, il y trouve de l'albumine, il sera en droit de porter le diagnostic de décollement prématuré du placenta.

Si la malade a eu des attaques d'éclampsie ou même si elle se trouve dans le coma éclamptique au moment où survient l'hémorrhagie, le diagnostic sera généralement plus facile, car dans ce cas l'idée de l'albuminurie s'impose, alors que dans les autres elle peut ne pas se présenter à l'esprit du praticien souvent troublé par un ensemble de symptômes justement effrayants.

Tels sont les deux cas qui se présentent le plus souvent.

Dans un troisième, on voit que la malade est entrée à l'hôpital parce qu'elle était atteinte d'œdèmes et qu'elle avait de l'albumine dans les urines, et c'est là que, sans cause apparente, sont brusquement survenus les phénomènes précédemment décrits. Si l'hémorrhagie interne est accompagnée d'une hémorrhagie externe, la présence de l'albumine dans les urines aidant, le diagnostic ne doit pas offrir de difficultés; mais si l'hémorrhagie est exclusivement interne et n'est pas d'une abondance telle que la malade présente les signes d'une anémie grave, le praticien peut se trouver un moment embarrassé, car il peut alors se demander si la mort constatée du fœtus doit être attribuée à une hémorrhagie intra-placentaire abondante ou à une hémorrhagie rétro-placentaire. C'est alors surtout qu'il faudra tenir compte des autres symptômes tels que: dureté de l'utérus, tension de la poche des eaux, etc...

Ces symptômes se retrouvent dans toutes les observations, et leur ensemble doit suffire pour établir le diagnostic de décollement prématuré du placenta, car ils ne se trouvent ainsi réunis dans aucun autre cas de la pathologie obstétricale.

Le pronostic des hémorrhagies est grave pour la mère et encore plus pour le fœtus. Ce dernier, en effet, est mort constamment.

Pour la mère, sur onze cas dus à l'albuminurie, la mort n'est survenue que trois fois.

En présence d'une hémorrhagie par décollement prématuré du placenta, il faut examiner plusieurs cas au point de vue du traitement à instituer.

Si l'hémorrhagie est exclusivement interne et n'est pas assez abondante pour menacer la vie de la malade, on se contentera, tout en soutenant les forces de cette dernière, d'attendre la suite des événements; car il est possible que le travail qui s'est déclaré sous l'influence de ce décollement marche assez rapidement et que l'accouchement se fasse sans donner lieu à d'autres accidents. Il est bon toutefois de soumettre la malade au régime lacté le plus absolu.

Si l'hémorrhagie est mixte, il faudra d'abord tenter de l'arrêter par des injections chaudes et si, ce qui est probable, on n'y réussit pas, on devra avoir recours à d'autres procédés.

M. Dumarçet rejette le tamponnement en pareil cas. Le procédé de choix est la rupture artificielle des membranes faite largement. Dans bien des cas cette simple opération a suffi à arrêter l'hémorrhagie, en même temps qu'elle activait le travail; mais si elle ne suffit pas, on la fera suivre de l'application d'un ballon de M. Tarnier, suivant l'état de perméabilité du col.

L'introduction du ballon de M. Champetier a le double avantage d'augmenter la pression intra-utérine et par là de s'opposer à l'hémorrhagie; en second lieu elle active au maximum la dilatation et par conséquent l'accouchement. Avec ce procédé il est facile, en outre, de faire une antiseptie rigoureuse. C'est le procédé qui a toujours été employé par M. Pinard, et c'est celui qui a donné les meilleurs résultats.

Accidents causés par les injections de sublimé chez les femmes en couches.—Dans une thèse récente, M. SÉBILLOTTE a étudié les conditions qui favorisent l'absorption du sublimé chez les femmes en couches, sur lesquelles on pratique des injections de sublimé. En général, il n'y a pas d'absorption lorsqu'on fait dans le vagin des irrigations d'une durée de dix minutes chez des femmes dont la muqueuse vaginale et celle du col utérin sont saines. Les accidents graves ou mortels ont été observés se sont produits principalement après des injections utérines. Avec ces injections, il y a toujours absorption; mais, dans les cas ordinaires, cette absorption est insuffisante pour produire des accidents graves. Les injections intra-utérines sont contre-indiquées dans les cas suivants: mauvais état général, non intégrité des reins, lésions vaginales ou utérines, rétention du placenta, avortement.

Les injections doivent être faites de préférence avec la liqueur de Van Swieten plus ou moins affaiblie, de préférence aux solu-

tions de sublimé acidifiées par l'acide tartrique; il est probable que l'alcool de la liqueur de Van Swieten modère l'absorption en exerçant sur les tissus une action astringente.

Enfin, il peut arriver qu'une partie du liquide injecté séjourne dans certaines parties du vagin; il faut s'assurer, par tous les moyens possibles, et en particulier par des lavages inoffensifs, que la solution mercurielle n'a pas été retenue.—*Revue méd. chir. des maladies des femmes.*

De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie.—Pour combattre la douleur de l'enfantement, FRANE utilise depuis longtemps avec succès la cocaïne de la manière suivante. Lorsque la dilatation du col ne fait que débiter, on commence par promener sur le col, le segment inférieur et les culs-de-sacs vaginaux, un tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 5 0/0; ces badigeonnages doivent être répétés toutes les demi-heures ou toutes les heures. La dilatation complète, on continue les badigeonnages sur la paroi du canal vaginal, et, lorsque la tête arrive sur le périnée, on peut se servir d'une solution à 10 ou 20 0/0. Si une intervention opératoire est nécessaire, il faut ajouter l'anesthésie par le chloroforme.

Sur le traitement de l'avortement, par le docteur KURPENEHEIM.—L'auteur rend compte des résultats obtenus dans 100 cas d'avortement admis en traitement à la clinique obstétricale d'Heidelberg. Dans tous les cas d'avortement incomplet, on s'est décidé à une intervention active. Lorsque la grossesse ne dépassait pas encore le troisième mois, on avait recours à l'extraction manuelle et au curettement consécutif. Le curettement était employé également dans les cas où, à cause de l'étroitesse du col, il n'était pas possible de pratiquer l'exploration digitale de la cavité utérine sans faire préalablement la dilatation. Pour l'opération du curettement, la femme était toujours placée dans le décubitus latéral.

On a prétendu que cette position s'opposait à une exploration combinée, interne et abdominale. Or, dans deux cas de fausses couches, chez des femmes parvenues au quatrième et au sixième mois de la grossesse, on a pu extraire facilement des débris de placenta et de membranes, par des manœuvres internes et externes combinées, la femme étant couchée dans le décubitus latéral et la paroi abdominale étant complètement relâchée, alors que l'opération n'avait pu aboutir, la femme étant couchée dans le décubitus dorsal, à cause de la contraction des muscles abdominaux.

Dans les cas où la grossesse était parvenue à une époque plus avancée, l'extraction manuelle a suffi souvent pour assurer le

résultat voulu. Le placenta et les débris placentaires ne se laissent pas extraire avec la curette, mais ils sont entraînés lors de l'extraction manuelle de la caduque.

Dans la plupart des cas, on a fait suivre l'extraction manuelle et le curettage d'une injection intra-utérine phéniquée. Dans six cas où, au moment de leur entrée à l'hôpital, les femmes présentaient déjà des symptômes d'infection, la cavité utérine a été cautérisée au moyen d'une sonde ou d'une pince à polypes enveloppée d'ouate trempée dans une solution d'acide phénique à 90 o/o. Dans une série d'autres cas les cautérisations phéniquées ont été pratiquées dans un but prophylactique. Ces cautérisations ont l'avantage de solliciter les contractions utérines et d'exercer une influence salutaire sur une endométrite préexistante.

Le traitement consécutif a consisté dans des irrigations vaginales et dans l'administration interne du seigle ergoté. La femme gardait le lit pendant huit jours.—*Rev. de thér. gén. et thermale.*

Indications et technique des injections intra-utérines.—M. le Dr DÉMELIN, résume dans la *Revue de clinique et de thérapeutique* les principales indications et la technique des injections intra-utérines si injustement décriées parce qu'elles sont mal appliquées.

Après tout accouchement, même le plus normal, il est prudent de faire une injection intra-utérine de 1 à 2 litres, à 45 ou 50 degrés. L'action que l'on recherche est plutôt celle qui a pour but de faire contracter l'utérus afin d'éviter les écoulements sanguins de la délivrance. L'emploi de l'ergot est ainsi remplacé par celui de l'eau chaude, et avec avantage. Les caillots restés dans l'utérus sont évacués et l'apyrexie des suites de couches assurée. Les jours suivants, on ne renouvellera pas le lavage intra-utérin dans les cas simples.

Au contraire, si une hémorrhagie de la délivrance a eu lieu, il est bon, le lendemain ou le surlendemain, de faire un lavage utérin pour enlever les caillots encore adhérents à la paroi de la matrice.

Si des accidents infectieux apparaissent, si on reconnaît que leur point de départ est bien l'utérus, il faut alors pratiquer des injections utérines tant que la fièvre existe, une, deux ou trois fois dans les vingt quatre heures. 2 litres suffisent en général pour une séance. L'irrigation continue est difficile à installer; elle fatigue les femmes et son action n'est pas plus puissante que celle des injections intra-utérines ordinaires.

La technique est la suivante :

La femme peut rester allongée dans son lit, mais si l'on n'est pas habitué à l'opération, on a plus de facilité en faisant mettre le siège au bord du lit, comme dans la position dite obstétricale.

La vulve et le vagin ont été irrigués; le liquide de l'injection utérine est préparé: il a 45 degrés centigrades s'il s'agit d'arrêter

une hémorrhagie; s'il faut rendre la cavité utérine aseptique, il est composé de permanganate de potasse à 50 centigrammes par litre, ou de microcidine à 4 grammes par litre, ou d'iode à 3 grammes par litre, avec addition de 6 grammes d'iodure de potassium. (La microcidine, excellente lorsqu'elle est bien souvent caustique, est mal supportée dans le cas contraire. Le permanganate de potasse est un bon antiseptique; la solution iodoiodurée est très puissante à ce point de vue.)

Deux doigts de la main droite sont introduits dans le segment inférieur; ils ouvrent et dépassent le bourrelet du cercle utérin; par une pression légère sur la région hypogastrique, l'antéflexion naturelle de l'utérus est corrigée, puis la canule est expurgée soigneusement de tout l'air qu'elle pourrait contenir; elle est glissée sur les doigts de la main droite jusqu'au fond de la cavité utérine; on soulève alors le vase qui contient le liquide et on laisse celui-ci s'écouler. Le réservoir ne doit pas être à plus de 50 centimètres au-dessus de l'entrée des organes génitaux, afin que la pression du liquide injecté ne soit pas trop considérable. Si le retour s'effectue difficilement, si l'écoulement s'arrête, il faut baisser le réservoir et attendre que la voie redevienne libre: l'arrêt est causé dans ces cas par la contraction de l'utérus qui serre étroitement la sonde et empêche le liquide de revenir. Une fois la contraction passée, l'écoulement se produit.

On évitera ainsi tous les accidents, jusques et y compris le passage du liquide dans le péritoine ou dans les gros vaisseaux. Les trompes de Fallope ne se laissent pas traverser, surtout lorsqu'elles sont saines. Le passage du liquide dans les gros vaisseaux de l'abdomen, à travers les sinus utérins, est réellement possible, ainsi que l'ont démontré les expériences de Tissier. Mais avec une pression ne dépassant pas 50 centimètres et un orifice utérin non contracté, les accidents ne sont pas à craindre.—*Concours médical.*

De l'influence des rétrodéviations utérines sur la menstruation.—M. G. E. HERMAN a communiqué les résultats de l'analyse de 388 cas de rétroversion et de rétroflexion de l'utérus, faite dans le but de déterminer quels sont les effets de ces déviations sur la fonction menstruelle. Il s'ensuit que la dysménorrhée est plus fréquente chez les femmes dont l'utérus est dévié en arrière; en outre, la douleur est plus fréquente au moment des règles chez les femmes qui, avec un déplacement de l'utérus, accusent en même temps une menstruation plus abondante.

M. Hayes fait observer que les rétrodéviations de l'utérus s'accompagnent très souvent, sinon invariablement, du prolapsus des ovaires, ce qui, d'après lui, a une influence beaucoup plus marquée sur la production des hémorrhagies que les déplacements de l'utérus même.

M. Rutherford pense que, chez les femmes qui ont eu des

enfants, la métrorrhagie pourrait être le résultat de l'involution imparfaite de l'utérus après l'accouchement.

M. H. Smith demande si, dans les observations qu'il a analysées, M. Herman a souvent constaté la coïncidence de la rétrodéviation de l'utérus avec l'état de la grossesse.

M. Herman répond que le défaut d'involution de l'utérus après l'accouchement peut expliquer les métrorrhagies dans un certain nombre de cas; il n'est pas à même de dire exactement dans quelle proportion le déplacement de l'utérus coïncidait avec la grossesse; toutefois le fait s'est présenté assez fréquemment.—*Sem. médicale.*

PEDIATRIE.

De la thérapeutique infantile.—Sans nul doute, cette thérapeutique généralement négligée a sa haute importance, et c'est ce qu'a parfaitement compris M. le professeur Dujardin-Beaumetz qui a organisé un enseignement spécial sur cette matière.

Le médecin d'enfants, dit-il, a naturellement à traiter d'abord les mêmes problèmes que tout médecin. Il doit en premier lieu chercher à instituer, toutes les fois qu'il le peut, une thérapeutique pathogénique; c'est l'idéal qui peut seul donner pleine satisfaction à notre esprit scientifique, et en analysant avec soin les divers éléments pathogéniques de chaque cas, nous pouvons réaliser de plus en plus souvent cet idéal, en nous inspirant de l'enseignement doctrinal si lumineux de mon éminent maître M. le professeur Ch. Bouchard.

Quand la thérapeutique pathogénique nous est interdite, nous pouvons encore rendre de grands services en instituant avec intelligence et ingéniosité la thérapeutique symptomatique; nous avons à notre disposition un arsenal médicamenteux de jour en jour plus riche, grâce à l'ardeur avec laquelle des chercheurs infatigables, comme mon autre maître, M. Dujardin-Beaumetz, expérimentent et vulgarisent les innombrables substances nouvelles que viennent offrir au médecin le chimiste et le botaniste.

Mais, en outre, la thérapeutique infantile se trouve en présence de problèmes spéciaux, qu'on peut rattacher, il me semble, à quatre groupes de circonstances :

- A. Les phases particulières du développement de l'enfant;
 - B. L'allure spéciale des maladies chez lui;
 - C. Les particularités physiologiques de son organisme;
 - D. Le mode d'administration et le dosage des médicaments.
- A. Ainsi l'enfant peut être né prématurément ou congénita-

lement débile, d'où la nécessité de moyens énergiques pour le défendre contre l'inanition et le froid (gavage, couveuse, etc.).

Il va traverser avant d'arriver à l'adolescence des phases de son évolution qui sont l'allaitement, la dentition, le sevrage, la croissance, la puberté. De chacune de ces étapes de sa vie découlent des indications thérapeutiques.

Le médecin, digne de ce nom, qui est consulté pour un enfant à l'occasion d'une maladie même insignifiante, doit se préoccuper non seulement de diagnostiquer et de guérir celle-ci, mais son devoir est de s'inquiéter de l'avenir pathologique présumable de cet enfant; car il sait que l'éducation, dirigée d'une certaine manière, permet souvent de faire une prophylaxie victorieuse et qu'une thérapeutique à longue portée peut modifier assez profondément le terrain organique pour y détruire des germes morbifiques qu'il recèle déjà, mais qui y sommeillent encore.

Nous aurons donc à nous inquiéter du tempérament physiologique (nerveux ou bilieux, par exemple), — des tempéraments morbides ou diathèses (le lymphatisme et le scrofule, l'arthritisme), — des germes infectieux que l'enfant a pu recevoir par hérédité, ou acquérir dès le bas âge.

Les maladies viennent à l'enfant par les mêmes processus pathogéniques généraux que chez l'adulte, tels que M. Bouchard les a si clairement analysés: les troubles primitifs de la nutrition, les réactions nerveuses, l'infection ou parasitisme, l'intoxication (toxi-infection et auto-intoxication).

Mais à propos de chacun de ces processus, l'âge du sujet soulève des particularités dignes d'intérêt.

Qu'il s'agisse de troubles de la nutrition, hérités et innés, comme les diathèses, que peut-être des conseils médicaux donnés à propos aux procréateurs permettraient quelquefois d'éviter aux enfants ultérieurement procréés, — ou que l'on envisage des maladies de nutrition acquises par des vices d'hygiène, comme l'athrepsie et le rachitisme, — le médecin d'enfants rencontre dans cette voie spéciale des indications thérapeutiques.

Considérable est le rôle des réactions nerveuses dans la pathogénie des maladies de l'enfance (convulsions, spasme glottique, chorées): nous avons à chaque instant à les combattre; aussi devons-nous savoir bien manier les moyens hygiéniques et les agents médicamenteux appropriés (hydrothérapie, kinésithérapie, antispasmodiques, etc.).

Si chez l'adulte l'infection a pris de plus en plus le pas sur les autres processus pathogéniques par suite des découvertes de ces dernières années, combien son rôle est plus grand encore chez l'enfant? Celui-ci est un terrain vierge, ne possédant encore aucune des immunités que confèrent les vaccinations morbides successives. En outre, son organisme a tant de portes ouvertes! Je n'ai qu'à citer la plaie consécutive à la chute du cordon qui peut être l'occa-

sion de l'érysipèle et de la phlébite, les excoriations des fesses, des talons, favorisées par l'irritation des téguments au contact de l'urine et des matières fécales, les dermites eczémateuses provoquées souvent par une alimentation maladroite, mais qu'infecteront secondairement les microbes pyogènes, toujours présents, prêts à engendrer les gourmes impétigineuses, les angioloécites et les adénites. Enorme est donc le rôle de l'antisepsie préventive dans la thérapeutique infantile, comme est énorme le rôle des infections primitives (fièvres éruptives, coqueluche) et des infections secondaires (broncho-pneumonies, otites, adénites).

L'auto-intoxication et les toxi-infections par le tube digestif tenant une des plus larges places dans la pathologie infantile, le médecin d'enfants doit être plus familiarisé que tout autre avec le maniement des agents antiseptiques. Ajoutons que les maladies vermineuses engendrées par le grossier parasitisme animal se voient beaucoup plus souvent chez l'enfant; c'est à son chevet que nous avons presque toujours à instituer les médicaments vermifuges.

B. La marche des maladies chez l'enfant est souvent plus rapide que chez l'adulte; s'il guérit plus vite, il est plus rapidement aussi en danger à cause de la moindre résistance de son organisme. D'où la nécessité d'une thérapeutique active: "Frapper vite et juste" doit être, comme on l'a dit, notre devise.

Le corps de l'enfant, qui use à accroître tous les matériaux que l'alimentation lui apporte, n'a presque pas de réserve. Cette particularité nous fait une loi de le nourrir en toutes circonstances en nous ingéniant à tourner les difficultés que soulève, dans les maladies aiguës ou chroniques, le mauvais fonctionnement de son appareil digestif. Une surveillance vigilante de l'alimentation s'impose non moins impérieusement pendant la convalescence.

C. L'organisme de l'enfant présente des particularités physiologiques d'où découlent des indications thérapeutiques particulières. Chez lui, par suite de la rapidité de la circulation, de l'activité plus grandes des échanges moléculaires, l'absorption est plus rapide aussi; l'intégrité ordinaire des émonctoires, que n'ont pas encore encrassé les scories d'une longue vie, rend l'élimination plus rapide aussi; quant à la réaction de l'organisme vis-à-vis des médicaments, par suite de l'impressionnabilité plus grande du système nerveux, de la brusquerie des réflexes vaso-moteurs, plus intense souvent, elle est, d'autres fois, autre que chez l'adulte.

De là, certaines règles plus particulièrement applicables à la thérapeutique infantile: l'emploi de doses faibles, mais répétées, la nécessité de tâter la tolérance individuelle, de s'informer des influences héréditaires, de s'enquérir si l'enfant a déjà pris tel médicament, à quelles doses et comment il l'a supporté. Outre les idiosyncrasies générales propres à l'enfance (belladone, opium, acide phénique, mercuriaux, etc.), il faut tenir compte des idiosyncrasies familiales.

Une difficulté naît d'ailleurs de l'impossibilité où l'on est, pour la première enfance toujours et même souvent pour la seconde, de consulter les sensations du malade afin d'apprécier d'après celles-ci l'effet des médicaments prescrits; le médecin d'enfants est alors dans la situation du vétérinaire; aussi doit-il mieux connaître que tout autre les actions physiologiques des drogues qu'il administre, se guider sur le pouls, l'état des pupilles, la diaphorèse, la soif, l'excrétion urinaire, etc.

D. Enfin, la thérapeutique infantile diffère de celle des adultes par la nécessité d'approprier le mode d'administration des drogues et la posologie aux particularités physiques et mentales des sujets, à leurs poids et à leurs caractéristiques physiologiques.—*Journal de médecine de Paris.*

De l'allaitement des nouveau-nés; bons effets du lait stérilisé.—M. BUDIN, accoucheur à l'hospice de la Charité, et M. CHAVANNE, interne du service, entretiennent l'Académie de médecine de cette importante question. La balance, disent-ils, est absolument nécessaire pour exercer une surveillance attentive sur l'alimentation des nouveau-nés. A cet effet, le poids de chaque enfant est inscrit journellement sur une feuille spéciale. A la tête du lit de la mère se trouve, d'un côté, la courbe de sa température, de l'autre, la courbe de poids de son enfant. Un simple coup d'œil permet de juger de l'état des deux êtres.

Lorsqu'une femme n'a pas de lait en quantité suffisante, ce que l'on constate parce que le poids de son enfant diminue chaque jour, il faut lui venir en aide.

Tous les nouveau-nés, pendant les deux ou trois premiers jours, ont du lait stérilisé pour remplacer ou compléter l'allaitement maternel, afin qu'ils ne s'affaiblissent ou ne perdent de leur poids que le moins possible. Puis, si la mère a du lait, elle donne seule à teter. Si elle n'a pas de lait en quantité suffisante, on lui vient en aide avec du lait stérilisé. Enfin, ce dernier est la nourriture exclusive quand la mère n'a pas de lait du tout. De là, trois catégories d'enfants, avec allaitement maternel, allaitement mixte ou allaitement artificiel.

M. Budin montre, à l'aide de courbes probantes, que l'enfant insuffisamment allaité reste stationnaire ou diminue de poids. Si l'on ajoute alors au lait maternel une quantité variable de lait stérilisé, ou si la mère n'ayant pas de lait du tout, on le nourrit exclusivement avec du lait stérilisé, cet enfant se développe et augmente régulièrement; sa courbe se rapproche beaucoup de celle de l'allaitement maternel dans les cas les plus favorables.

Ce lait stérilisé à l'hôpital même d'une façon simple et pratique, par le procédé de Soschlet (bain-marie), peut donc rendre de grands services. Les enfants le digèrent très bien.

En effet, sur 89 nouveau-nés nourris exclusivement par leur

mère, 6 ont eu un peu de diarrhée. Sur 91 soumis à l'allaitement mixte, 7 ont eu une diarrhée légère. Chez tous ces enfants la diarrhée bénigne a disparu rapidement et ils sont sortis bien portants de l'hôpital. *Aucun des 11 enfants nourris exclusivement avec le lait stérilisé n'a eu de diarrhée.*

Le lait est un liquide qui s'altère très rapidement au contact de l'air. Des microbes y pénètrent et leur développement est favorisé par la chaleur. De là, chez les enfants, des diarrhées infectieuses si fréquentes et si graves, surtout l'été. Le lait pris au sein n'offre pas ces inconvénients, car il passe directement de la mamelle dans la bouche de l'enfant; il ne peut être infecté par les germes venus de l'extérieur.

Si l'on fait usage du lait stérilisé contenu dans une bouteille absolument fermée, sur laquelle, au moment de s'en servir, on place un galactophore muni d'une tétine, ce lait est introduit absolument indemne de germe dans le tube digestif de l'enfant. Le galactophore est un petit instrument simple et pratique, imaginé par M. le professeur Budin et qui peut être mis sur une petite bouteille quelconque; il constitue une sorte de tube double, dont l'un permet la sortie du lait, tandis que l'autre permet l'entrée de l'air et rend ainsi possible l'écoulement du liquide.

Malgré les résultats si favorables obtenus, M. Budin déclare formellement que le lait stérilisé ne doit pas remplacer le sein. Rien ne vaut pour l'enfant l'allaitement par sa mère ou par une nourrice. En effet, que la stérilisation soit mal faite, qu'une bouteille débouchée soit laissée quelque temps en vidange, que le lait de vache soit de mauvaise qualité, etc., des accidents très graves peuvent survenir; il en rapporte deux exemples, dont un a été suivi de mort.

Lorsque l'enfant, au contraire, prend directement le sein, il n'est pas toujours sûr d'y trouver un lait parfait, mais il y puise tout au moins un lait stérile et qui ne lui donnera pas le choléra infantile.

M. Budin fait remarquer en terminant que les observations faites par M. Chavanne et par lui ne portent que sur des nouveau-nés qui sont restés de 10 à 12 jours, par exception 90 jours à la Charité; il ne peut dire encore ce que donnera le lait stérilisé pour des enfants de 6, 8 et 12 mois. Ce lait pourra-t-il être donné avec avantage aux enfants nés avant terme, en état de faiblesse congénitale et qui ne peuvent téter? Certains faits sembleraient le prouver, mais ils sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions.—*Bull. de l'Acad. de médecine, séance du 19 juillet 1892.*

Le vésicatoire phéniqué chez les enfants, par A. OLLIVIER.—L'emploi de l'acide phénique comme vésicant a été proposé par Gayem, dans ses leçons de thérapeutique, sous la forme suivante

Acide phénique cristallisé	9 grammes.
Alcool à 90°	1 —

Mais après application au pinceau, il laissait la préparation sur la peau. M. Ollivier, après essai de différents irritants, a adopté le liquide de M. Hayem, de la façon suivante :

1° Afin d'éviter la diffusion en dehors de la zone sur laquelle on veut faire porter la révulsion, on isole cette zone au moyen d'une couche de vaseline ; 2° on enlève la matière grasse qui peut être à sa surface, avec un tampon d'ouate trempé dans l'alcool concentré, ou mieux dans l'éther ; 3° lorsque la région est bien détergée, on la frotte avec un autre tampon d'ouate plongé dans la solution phéniquée, et fixé sur une tige de bois ; 4° on attend pendant une minute environ que la peau soit devenue blanche, puis avec un pinceau imbibé d'alcool, on enlève l'acide phénique en excès ; 5° on pansé avec une couche d'ouate fixée par une bande.

La douleur, assez vive pendant une dizaine de minutes, diminue ensuite ; elle est comparable à celle que produit la teinture d'iode. Il reste pendant longtemps une teinte brunâtre qui finit toujours par disparaître. On peut appliquer ainsi la révulsion sur des surfaces de 5 à 12 centim. de diamètre. Les inconvénients de cette méthode sont nuls ; les urines sont seulement un peu colorées, mais il n'y a jamais d'intoxication.

Cette méthode est applicable aux complications pulmonaires de la diphtérie, car elle ne produit pas de plaie proprement dite et on peut la renouveler fréquemment.—*Revue des maladies de l'enfance.*

Sur le traitement des brûlures chez les enfants, par le docteur WERTHEIMMER.—Le traitement des brûlures chez les enfants doit avoir pour visées d'abord de calmer la douleur, puis de modérer la surexcitation excessive du système nerveux et l'influence paralysatrice qui peut en résulter pour les organes du système circulatoire.

Le remède dont l'emploi paraît le mieux répondre à la première indication est la vaseline iodoformée ; seulement, dans les cas de vastes brûlures, quand l'application du topique doit être continuée pendant des semaines, on est arrêté par la crainte d'une intoxication ; aussi l'auteur s'abstient-il de l'emploi de l'iodoforme dans les cas de brûlures chez les enfants, pour s'en tenir à l'emploi de la pommade de Stahl et à une pommade au bismuth, et à l'acide borique. Toutefois il reproche à la pommade de Stahl d'être dépourvue de tout effet antiseptique. Pour remédier à cet inconvénient, il ajoute un peu de thymol à la dite pommade, qui est ainsi formulée :

R. Eau de chaux	60
Huile de lin.....	60
Thymol	0,05 à 0,10

M. s. a.

Les parties où siègent les brûlures sont lavées avec de l'eau boriquée chaude. On applique ensuite plusieurs couches de gaze hydrophile imbibée du liniment, et par dessus, une compresse; le tout est maintenu au moyen d'une bande de gaze. Le pansement doit être renouvelé tous les jours.

Cette pommade a l'inconvénient d'être trop poisseuse; l'auteur lui préfère la pommade au bismuth et à l'acide borique, dont il a été question plus haut, et qui a pour formule :

R. Sous-nitrate de bismuth.....	9 gr.
Acide borique	4 gr. 50
Lanoline	70 gr.
Huile d'olive	20 gr.

M. s. a.

Même mode d'emploi que ci dessus.

Pour calmer l'agitation nerveuse, l'auteur prescrit la morphine et le chloral à petites doses, la morphine à la dose de 2 à 4 milligrammes, le chloral suivant la formule :

R. Chloral	1 gr.
Eau distillée.....	50 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères	15 gr.

M. s. a. Dose : 2 fois par jour, la valeur d'une cuillerée à café ou d'une cuillerée à bouche suivant l'âge

L'administration de la morphine et du chloral devra être suspendue sitôt qu'il y a imminence de collapsus. En ce cas, on aura recours aux injections de camphre, au thé additionné de cognac, au vin généreux, au champagne chez les enfants d'un certain âge.— *Rev. de méd. de chir. et d'obst.*

Vulvo-vaginite des enfants.—M. le Dr COMBY insistait récemment sur la fréquence et l'importance du traitement de la vulvo-vaginite des petites filles, M. WILLIAMS vient confirmer cette opinion et constate que cette affection se présente une fois sur 100 malades dans les dispensaires. La plupart des cas sont infectieux et sans doute d'origine gonorrhéique.

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

La maladie est très longue et ordinairement ne cause pas de grands troubles constitutionnels. Quelquefois il se produit des troubles internes sérieux comme une salpingite ou une péritonite pelvienne. Le diagnostic des affections infectieuses ou non, est seulement possible par le microscope; par mesure de précau-

tion tous les cas doivent être traités comme s'ils étaient infectieux. Le traitement le plus efficace consiste en une propreté extrême de l'enfant et de ceux qui le soignent et dans des applications locales de nitrate d'argent au 1/50. Dans les hôpitaux d'enfants ces malades devraient être isolés.—*Concours médical.*

FORMULAIRE.

Diarrhée.—*E. R. Squibb.*

P.—Laudanum.....	2 drachmes.
Teinture de capsicum.....	2 “
Alcool camphré.....	2 “
Chloroforme pur.....	15 minimes.
Alcool, q.s.....	pour 10 drachmes.

M.—*Dose*: Vingt à quarante minimes.—*College and Clinical Record.*

Anurie.—*Eichorst.*

P.—Poudre de digitale.....	1½ grains.
Calomel.....	12 “
Sirop de gomme.....	q. s.

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour, mais tous les 4 jours seulement. Excellent dans l'anurie de la néphrite interstitielle.

Broncho-pneumonie des enfants.—*Sevestre.*

P.—Kermès minéral.....	¾ gr.
Benzoate de soude.....	de 7 à 15 grs.
Eau de laurier cerise.....	50 minimes
Julep gommeux.....	3 onces.

M.—*Dose*: Une cuillerée à café, de deux en deux heures, aux enfants atteints de broncho-pneumonie compliquant la rougeole.—*Union médicale de Paris.*

Coryza.

P.—Naphthaline finement pulvérisée.....	6 drachmes
Acide borique pulv.....	6 “
Camphre pulv.....	15 grs.
Extrait de violettes.....	15 “
Essence de roses.....	20 gttes.

M.—A priser.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, NOVEMBRE 1892.

BULLETIN.

Traitement de la pneumonie par les bains froids.

Au cours d'une note publiée dans la livraison de septembre du *Therapeutic Gazette*, le docteur W. Fred. JACKSON, de Brockville, Ontario, plaide en faveur du traitement de la pneumonie aiguë par les applications froides. Il proteste tout d'abord contre l'assertion exagérée de plusieurs pathologistes qui ne se gênent pas de dire qu'aucun traitement ne saurait être particulièrement efficace dans cette maladie. Puis il établit le fait que la pneumonie est une *fièvre spécifique* au cours de laquelle la lésion pulmonaire n'est plus qu'un accident, et que, dans tous les cas, le mouvement fébrile précède l'écllosion des symptômes locaux, de telle façon qu'il peut être possible, si l'on intervient à temps, d'empêcher la pneumonie de se développer.

Le traitement que préconise dans ces cas M. le Dr JACKSON, consiste dans l'application du froid à la surface, et cela au moyen du drap mouillé. Une grande serviette, imbibée d'eau glacée, est appliquée sur le thorax qu'elle enveloppe complètement. On la recouvre d'une serviette sèche, puis d'une bande de flanelle ou de coton pour tenir le tout en place. La serviette mouillée doit être changée aussi souvent qu'il est nécessaire pour calmer la douleur et faire baisser la température du malade. Quand la douleur et la dyspnée sont très intenses, et la température très élevée, il faut changer et mouiller à nouveau la serviette toutes les cinq ou dix minutes; enfin, quand les symptômes s'amendent on ne renouvelle l'application que quand la serviette s'est réchauffée au contact de la peau. En même temps, on applique, au moyen d'une éponge, de l'eau froide sur la surface et les membres, et si la céphalalgie est vive, on a recours aux compresses froides sur le front.

A l'intérieur, la médication doit être sudorifique : acétate d'ammoniaque liquide et esprit d'éther nitreux, à hautes doses, toutes les heures. En quelques cas rebelles, une dose de pilocarpine. Pas d'alcool. Pas d'antithermiques. Diète lactée abondante.

Ce mode de traitement aurait donné au Dr Jackson des résultats très satisfaisants. Sur vingt-cinq cas traités de la sorte, un seul a succombé, qui se trouvait dans des conditions défavorables : albuminurie et péritonite concomitantes.

Le traitement de la pneumonie, tel qu'il est préconisé par le Dr JACKSON, nous semble des plus rationnels et mérite d'être mis à l'épreuve dans les cas de pneumonie avec hyperthermie et dyspnée intense. Trop souvent on est porté à traiter à la légère les cas de pneumonie, quelque bien caractérisés qu'ils soient, sous prétexte qu'il s'agit d'une maladie ayant une tendance naturelle vers la guérison et contre laquelle toutes les médications sont également efficaces—ou inutiles. Au début d'une pneumonie aiguë survenant chez un sujet robuste et pléthorique, une saignée générale est souvent des plus utiles et soulage en quelques heures la dyspnée, la douleur, la fièvre, la congestion pulmonaire, etc., etc., tous effets qu'une simple médication interne par les drogues ne saurait produire qu'après deux ou trois jours, si tant est qu'elle les produise. Les applications froides, le drap mouillé, tel que les recommande le Dr Jackson, sont également efficaces et donnent des résultats rapides et favorables, à la condition toutefois que le traitement soit dirigé avec fermeté et appliqué d'une manière convenable aux cas justifiables de cette médication héroïque, médication contre laquelle on entretient encore trop de préjugés et qui peut-être nous aidera à sauver plus d'un malade ou à abrégier matériellement la durée de l'affection.

Le "Congrès medical Pan-Américain."

Sous le nom de *Pan-American Medical Congress*, on est à organiser depuis quelque temps, chez nos voisins des Etats-Unis, un Congrès auquel seront invités à prendre part tous les médecins des deux Amériques. Les pays dont les noms suivent devront y être représentés par des délégués : La République Argentine, la Bolivie, le Brésil, l'Amérique Britannique du Nord, le Chili, la république de St. Domingue, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou, les républiques de Salvador, de la Colombie et de Costa-Rica, l'Equador, le Guatemala, Haïti, les Iles Hawaï, les Etats Unis, l'Uruguay, le Vénézuëla, les Antilles anglaises, espagnoles, danoises, hollandaises et françaises.

Les sections seront au nombre de vingt-deux : Médecine générale, Chirurgie générale, Médecine et chirurgie militaires, Obstétrique, Gynécologie et chirurgie abdominale, Thérapeutique,

Anatomie, Physiologie, Pédiatrie, Anatomie pathologique, Ophthalmologie, Laryngologie et Rhinologie, Otologie, Dermatologie et Syphilographie, Hygiène générale et Démographie, Hygiène maritime et Quarantaines, Chirurgie orthopédique, Maladies mentales et nerveuses, Chirurgie dentaire, Pédagogie médicale (?), Médecine légale, Chirurgie des chemins de fer.

Les officiers généraux sont : Président, Dr Wm Pepper, de Philadelphie ; Secrétaire général, Dr C. A. L. Reed, de Cincinnati, et un vice-président pour chacun des pays représentés dans le Congrès. La province de Québec y est représentée par MM. les docteurs T. G. Roddick, de Montréal, secrétaire de la section de chirurgie générale ; J. C. Cameron, secrétaire de la section d'obstétrique ; A. D. Blackader, de Montréal, président honoraire de la section de thérapeutique ; F. J. Shepherd, de Montréal, président de la section d'anatomie ; T. Wesley Mill, de Montréal, président honoraire de la section de physiologie ; A. D. Blackader, de Montréal, président honoraire de la section de pédiatrie ; L. D. Mignault, de Montréal, secrétaire de la section d'anatomie pathologique ; J. W. Major, de Montréal, secrétaire de la section de laryngologie ; E. P. Lachapelle, de Montréal, et F. Montizambert, de Québec, présidents honoraires de la section d'hygiène et de climatologie ; T. G. Roddick, président de la section de chirurgie des chemins de fer.

Dans le comité auxiliaire, la province de Québec est représentée par les Drs F. G. Shepherd, M. J. Ahern, J. A. Hamel, E. Gervais, F. J. Austin, E. N. Chevalier et E. P. Lachapelle.

Pour être membre du Congrès, tout médecin résidant aux États-Unis doit verser la somme de dix dollars. Les membres étrangers ne sont astreints à aucun déboursé. Chaque membre dûment enregistré comme tel aura droit à un exemplaire des comptes-rendus des séances du Congrès.

Nous formons les vœux les plus sincères pour que ce projet de Congrès ait un plein succès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bocquillon-Limousin.—**Formulaire de l'Antisepsie et de la Désinfection**, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) de l'école de pharmacie, ancien interne des hôpitaux. Introduction par le Dr Verchère, chirurgien de Saint-Lazare. 1 volume in-16 de 305 pages avec figures, cartonné.....3 fr.

Le *Formulaire de l'antisepsie* de M. Bocquillon-Limousin,

rendra les plus grands services aux praticiens, médecins chirurgiens, gynécologistes, accoucheurs, à tous ceux dont l'*antisepsie* et l'*asepsie* légitiment l'existence, autorisent les audaces et permettent les succès, c'est-à-dire à tous ceux qui exercent l'*art de guérir*.

On y verra comment on peut facilement, en quelques heures cesser de se servir aveuglément de produits dont on ne connaît ni la provenance, ni la préparation.

On y trouvera enfin un guide complet, sûr et éclairé au milieu des innombrables produits, plus ou moins antiseptiques, qui voient le jour.

Mais à côté du chirurgien et du médecin, qui trouveront un égal profit à consulter le *Formulaire de l'antisepsie*, il y a l'hygiéniste, qui ne sera pas moins intéressé à lire ce livre, où l'hygiène dans ses applications joue un rôle si important, et en particulier le chapitre consacré à la *désinfection*; la prophylaxie des maladies contagieuses, la désinfection, la stérilisation de l'eau et du lait jouent un grand rôle dans notre vie journalière, et chacun trouvera un renseignement précieux au sujet de ce qu'il faut faire, et de ce qu'il faut éviter.

Ce nouvel ouvrage trouvera le même succès que le *Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles*, grâce aux mêmes qualités de clarté et de précision qu'il présente.

Ce livre rendra service à tous ceux qui le liront, c'est-à-dire à tous ceux qui tiennent à s'instruire et à remplir leur tâche avec conscience.

MERCIER.—**Manuel de pathologie et de chirurgie médicales infantiles**, par le Dr J. MERCIER. Volume de 718 pages. Prix: 8 francs, Paris, G. Steinheil 1892. Livre Ier, maladies du fœtus, de l'enfant nouveau-né et du nourrisson.—Livre II, maladies infectieuses aiguës.—Livre III, maladies infectieuses chroniques et maladies générales non infectieuses.—Livre IV, maladies de l'appareil d'innervation.—Livre V, maladies de l'appareil respiratoire.—Livre VI, maladies du cœur.—Livre VII, maladies de l'appareil digestif.—Livre VIII, maladies du foie, des reins et des organes génito-urinaires.—Livre IX, maladies de la peau.

Formulaire à la fin du volume: I Antiseptiques, bactéricides, désinfectants; II Antispasmodiques, calmants dolorifuges, somnifères; III Laxatifs, purgatifs; IV Diurétiques et stimulants du cœur; V Expectorants, vomitifs; VI Diaphorétiques; VII Médication tonique et reconstituante, stimulants; VIII Anticongestifs, altérants; IX Antithermiques, fébrifuges, antipériodiques; X Modificateurs des muqueuses; XI Syphilis, vers intestinaux, affections cutanées.

Style très concis et très clair.

PLICQUE—Précis de diagnostic chirurgical (examen clinique, pronostic, traitement), par le Dr A. F. Plicque. G. Steinhil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1893. Un volume in-octavo de 700 pages, avec 35 figures dans le texte. Comme le dit l'auteur dans son introduction, "ce livre est un livre de pratique pure. Son but principal est d'être un vade-mecum d'hôpital. Un guide pour les étudiants aux débuts de leur instruction clinique."

CROTHERS—The Sanitary side of the Drink problem, by T. D. CROTHERS, M.D., of Hartford, Conn.

Preliminary Announcement of the First Pan-American Medical Congress, to be held at Washington, D. C., U.S.A., September 5th, 6th, 7th and 8th A. D., 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le Dr L. J. A. Dostaler, autrefois de Maskinongé, est maintenant à St. Gabriel de Montréal, 114 rue Centre.

Sir Joseph LISTER ayant atteint sa limite d'âge : 65 ans, s'est démis de ses fonctions de professeur de clinique chirurgicale au *King's College Hospital*.

Le rapport officiel du Bureau sanitaire de New-York constate que durant la semaine terminée le 29 octobre, 19 cas de variole ont été signalés, dont deux fatals. Pour la semaine terminée le 5 novembre, il y a eu 5 cas rapportés et 6 décès.

Le Bureau d'examineurs pour la licence en médecine dans l'état de l'Alabama rejette, nous dit le *Medical Record*, 41.16 p. 100 des candidats. Notre confrère ajoute : "De deux choses l'une, ou l'épreuve est très forte, ou les candidats sont très faibles." *Of course !*

Messieurs MacMillan & Cie. annoncent que l'édition qu'ils sont à publier du *Manuel de Physiologie* de Foster aura, en supplément, un appendice sur la *Base chimique du corps humain*, par A. Sheridan Lea, Sc. D., F. R. S., professeur attaché au cours de physiologie de l'Université de Cambridge.

M. le professeur VERNEUIL a définitivement pris sa retraite comme professeur à la Faculté de médecine de Paris. A cette

occasion, la *France médicale* dit : " Nous ne saurions trop féliciter de cette décision notre honorable maître qui, selon l'expression consacrée, préfère descendre de sa chaire que d'attendre qu'il soit forcé d'en tomber."

Nous lisons dans le *Weekly Medical Review* que la cour d'Appel de l'Etat du Kentucky a tout dernièrement décidé que dans le cas d'une défense contre une action en dommages pour rupture de promesse de mariage, l'existence de la syphilis constitue une preuve complète à décharge, comme cela a, du reste, été déjà décidé par la Cour Suprême de la Caroline du Nord.

M. le Dr A. Laphorn Smith, professeur de gynécologie à l'Université Bishop, vient d'être élu membre associé de la Société américaine de Gynécologie lors de l'assemblée de cette société qui a eu lieu à Brooklyn, le mois dernier. Le Dr Smith est un gradué de l'Université Laval. (Québec), et il est le premier canadien qui ait été admis dans cette association dont le nombre de membres est limité à cent.

Le banquet annuel des élèves de l'Ecole de médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté médicale de Laval, a eu lieu le 12 novembre, à l'hôtel Richelieu. à 8.30, sous la présidence de M. J. T. Tétrault président des élèves. La plupart des professeurs y assistaient ainsi que Son Honneur le maire McShane, M. le Dr D. Marsil, conseiller législatif, les Drs G. Leclere, D. Plante, Chrétien-Zaugg, Harwood, Duhamel, Beausoleil, Auger, O'Rourke, etc. La plus franche gaîté et l'entraie la plus cordial ont présidé à ces agapes fraternelles.

La statue en bronze du célèbre gynécologue J. Marion Sims vient d'arriver à New-York; elle mesure 9 pieds de haut et va être incessamment soumise à l'approbation du comité des Statues du Parc central. Le sculpteur Ferdinand V. Miller, de Munich, a réussi, non seulement à donner au bronze une ressemblance frappante avec le célèbre gynécologue américain, mais il lui a donné une pose artistique très gracieuse. Le piédestal en granit aura 8 pieds de haut. Le monument sera probablement édifié et inauguré avant la fin de cette année.

L'Association médicale britannique vient, à la presque unanimité des voix, de se prononcer en faveur de l'admission des femmes dans l'Association.

Des accidents par le chloroforme dans les hopitaux de Paris.—M. Peyron directeur de l'Assistance publique, a donné l'ordre de dresser un statistique de tous les accidents causés par les inhalations de chloroforme.

Ils devront donner la date de l'accident, le service dans lequel il s'est produit, le nom du médecin, l'âge, et la profession du malade et la nature de la maladie ou de l'opération pour laquelle la chloroformisation a été employée.

Ils feront remonter cette statistique au 1er avril 1890.

Nécrologie. — CANADA. — A Montréal, M. le Docteur George Ross, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université McGill. M. le Docteur H. ERMATINGER.

ETRANGER: A Paris, le Dr VILLEMEN, ancien professeur au Val-de-Grâce, vice président de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur. Le nom de Villemin est intimement lié à la découverte de la contagion de la tuberculose. — A Wilmington, Caroline du Nord, E. U., M. le docteur Thos. F. Wood, rédacteur en chef du *North Carolina Medical Journal*.

Queen's University. — Le *Royal College of Physicians and Surgeons*, de Kingston, vient de faire fusion avec la faculté de médecine du *Queen's College*, sous le nom collectif de *Medical Faculty of Queen's University*. Le personnel de la nouvelle Faculté se composera comme suit: *Médecine*: Drs Fowler, Henderson et Herald; *Chirurgie*: Drs Sullivan et T. Dupuis; *Anatomie*: Drs Garrett, Mundell et Ryan; *Obstétrique*: Dr K. N. Fenwick; *Pathologie*: Dr Anglin; *Otologie. Laryngologie et Ophthalmologie*: Dr Connell; *Biologie et Physiologie*: Drs Knight et Cunningham; *Chimie*: Drs Goodwin et Nicol.

Congrès médical international de Rome.—Le 11e congrès médical international se réunira à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893. Dans une lettre en date du 22 août dernier, le professeur Baccelli, président et le professeur Maragliant, secrétaire général, confient à M. le Dr A. Jacobi, de New-York, le soin de former un sous-comité pour l'Amérique. On mentionne comme futurs membres de ce comité, MM. les Drs Wm. Osler, de Baltimore, S. C. Burey, de Washington, N. S. Davis, de Chicago, Chs. A. L. Reed, de Cincinnati, Wm. Pepper, de Philadelphie. F. A. Porcher, de Charleston, James Stewart, de Montréal, et Alex. J. C. Skene, de Brooklyn.

Naissance.

GARNEAU.—A Stanfold, le 29 octobre dernier, la femme du Dr P. U. Garneau, un fils.

Décès.

BROUILLET.—A St. Alexis de Montcalm, le 25 octobre dernier, est décédé à l'âge de 76 ans, 8 mois et 17 jours, J. B. Brouillet, père de V. J. E. Brouillet, M.D., de Ville Maisonneuve.

VARIÉTÉS.

Histoire américaine d'un mal de tête traité par divers spécialistes.

Nous extrayons de la *Gazette médicale de Liège* cette amusante boutade :

Je prie mes confrères spécialistes de Paris, gynécologues, laryngologues, auristes, oculistes etc., de ne pas se formaliser de la plaisanterie qui suit. Elle nous vient des Etats-Unis, où les spécialistes pullulent avec beaucoup plus d'énergie encore qu'à Paris. N'est-ce pas à Chicago qu'un spécialiste s'est voué au seul traitement des divers orifices de notre corps et s'est bravement baptisé *spécialiste des orifices* ! N'est-ce pas le comble de la spécialisation ?

Il est donc bien entendu que la fable suivante ne s'applique qu'aux spécialistes américains. Cependant, les malades de tous les pays peuvent en faire leur profit.

L'auteur américain suppose un Cercle de spécialistes devant lequel se présente une femme d'une trentaine d'années. Cette femme mère de trois enfants en parfaite santé, est forte, bien portante, d'apparence saine aussi bien d'esprit que de corps ! Mais elle a de temps à autre des maux de tête violents qui la prennent par accès, et c'est pour ces maux de tête qu'elle vient demander conseil.

Sans plus ample examen, mais d'une commune voix, tous ces Messieurs déclarent que la douleur est d'origine réflexe : mais il n'en est pas deux qui puissent s'accorder sur le point de départ de cette irritation. Chacun le place dans la région du corps dont les maladies lui sont le plus familières.

La discussion tournant à l'aigre, le président décide que la malade sera traitée successivement par chaque spécialiste jusqu'à suppression du mal de tête ou de la malade.

* * *

Le spécialiste auquel la patiente échoit est le célèbre Dr Secator. Ce gynécologue distingué, sans rival dans le traitement des femmes, fait entrer la malade dans son dispensaire privé, où elle se trouvera dans les meilleures conditions hygiéniques. Là, une soigneuse exploration bi-manuelle lui montre que l'utérus et les ovaires sont dans leur position normale et ne présentent aucune lésion appréciable par ce procédé d'examen.

Il maintient néanmoins que le mal de tête ne peut être dû qu'à une irritation réflexe partie de l'utérus ou des ovaires, et qu'il a déjà guéri nombre de cas semblables par un traitement approprié des organes irrités.

Il se décide donc à faire une incision exploratrice du ventre pensant bien trouver là la cause qui lui échappe. Un autre motif l'incite vivement à opérer : c'est le désir de compléter promptement sa série de 200 sections abdominales.

L'incision faite, le Dr Secator est obligé de reconnaître que l'ouverture du ventre ne lui montre aucune lésion, et que les ovaires et les trompes sont parfaitement sains.

Cependant, puisqu'il est allé si loin, il conclut que le mieux est d'enlever ces organes pendant qu'on y est : la femme se trouvera désormais pour le reste de sa vie à l'abri de toute chance de kyste de l'ovaire ou de pyosalpinx. Les ovaires sont donc enlevés ; mais le mal de tête persiste.

* * *

Le malade passe alors entre les mains du Dr Strabismus, qui avait énergiquement soutenu que le mal de tête était dû à une irritation réflexe de la cinquième paire, et que le seul remède était la section des muscles de l'œil.

Après un examen attentif de sa réfraction, qui lui montre que la malade est emmétrope, c'est-à-dire qu'elle a une vue normale, le docteur procède à cette section des muscles. Les deux yeux sont traités de même. Le résultat fut une déviation des axes optiques mais le mal de tête ne guérit pas. Et bien que l'éminent oculiste soutint que cette déviation des yeux donnait simplement à la malade un regard éveillé et un air piquant, les autres confrères, qui n'admettaient ni son diagnostic ni son traitement, déclarèrent que la patiente était purement et simplement défigurée par un double strabisme en haut et en dehors.

Elle est alors confiée aux bons soins du Dr Caustique, qui s'était trouvé d'accord avec le précédent consultant pour placer l'origine du mal dans les branches de la cinquième paire ; mais en sa qualité de spécialiste pour le nez et la gorge, il plaçait plutôt cette origine dans les branches nerveuses qui se distribuent à ces régions.

Il procède donc d'abord à l'ablation, à l'aide de l'anse galvanique de plusieurs petits polypes de la narine gauche, cautérise au moyen du même instrument, une légère hypertrophie du cornet moyen droit. Puis la cloison du nez lui ayant paru quelque peu déviée vers la gauche, il la perfore au moyen de trois espèces différentes de trocarts, puis la redresse au moyen de bougies graduées. Il enlève aussi un petit morceau de la luette. Cette dernière opération, déclare-t-il, ne lui paraissait pas absolument nécessaire. Mais le nouvel instrument qu'il avait fait construire dans ce but et

qu'il avait le plaisir de montrer à ses confrères, rend l'opération si facile et si rapide qu'il n'avait pu résister au désir de la pratiquer.

* * *

La malade souffrant toujours de la tête, commence à en avoir assez. Le Dr Pedibus, le chirurgien orthopédiste bien connu réussit cependant à la convaincre de se soumettre à son traitement.

Il lui trouve la jambe droite plus courte d'un millimètre que la gauche, remédie à cette asymétrie avec une semelle appropriée ; découvre une affection de la hanche qu'il traite par les pointes de feu et discute la question de faire la section d'un tendon ou deux, ce à quoi la malade s'oppose énergiquement.

Elle cède encore cependant à l'éloquence du Dr Rectiès, qui a pour spécialité les maladies de la fin de l'intestin. Celui-ci attribue le mal à une lésion de certains replis de la muqueuse rectale. Aussi, à peine rentrée dans son dispensaire, il chloroforme la patiente, lui dilate le sphincter anale, introduit une sonde dans les susdits replis et en résèque une quinzaine, tout ce qu'il peut trouver.

Malheureusement, la dilatation du sphincter a été si complète, que le muscle reste paralysé et que la femme est désormais condamnée à une incontinence des matières.

Cette fois, la mesure est comble, et la malheureuse refuse de se prêter aux tentatives des autres spécialistes du Cercle. Elle retourne chez elle, où un médecin de campagne reconnaît que le mal de tête est dû à une simple névralgie rhumatismale et la guérit avec quelques grammes d'antipyrine.

Je ne sais ce que dirait Molière des médecins, s'il revenait parmi nous. A coup sûr, il ne pourrait leur reprocher de ne savoir que *purgare* et *clysterium donare*. Mais peut-être regretterait-il M. Purgon.

Dr X.

—A la Monnaie pendant la représentation de gala.—Un illustre gynécologiste Français, assis à côté d'un non moins illustre gynécologiste de Kiew, applaudissait, à tout rompre, un point d'orgue de Mlle Le Jeune.

—J'adore cette note, lui dit-il gracieusement à l'oreille, et savez-vous pourquoi ?

— ?

—Parce que c'est un ut !

—Eh bien ?

—Et que l' " ut est russe ", parbleu !